This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

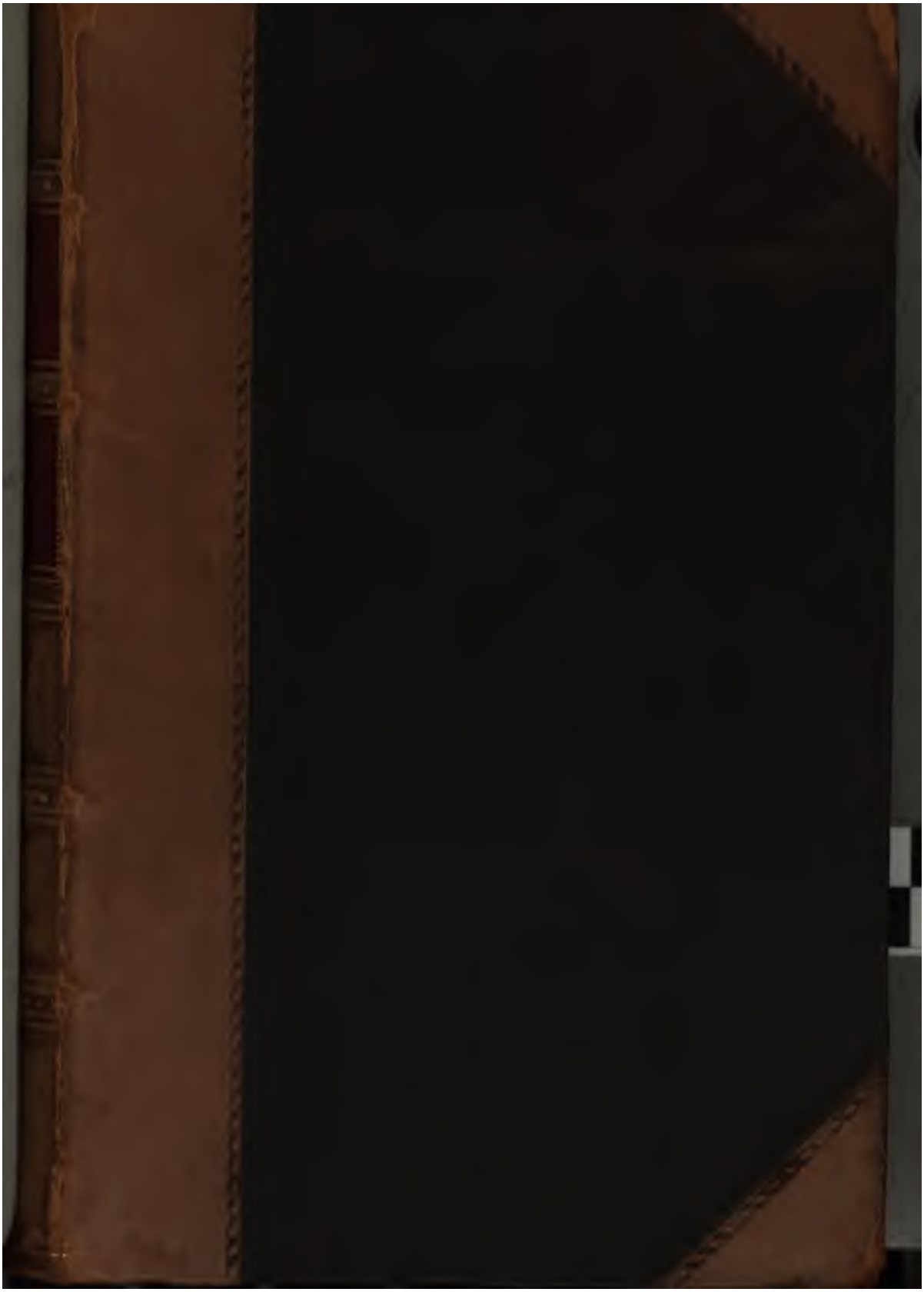
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

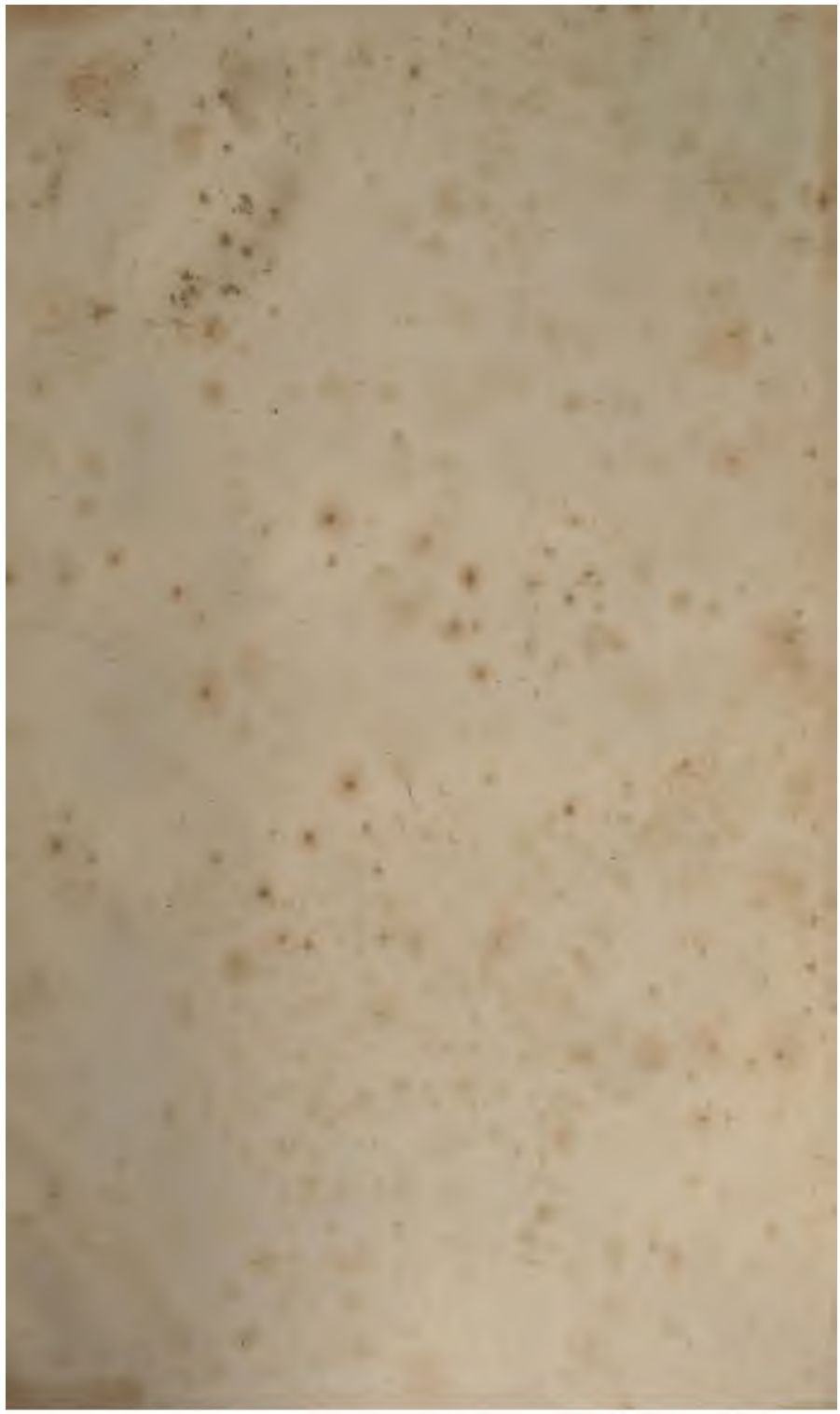
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`



6000054796.



CATALOGUE DES PIÈCES

DU

MUSÉE DUPUYTREN

CATALOGUE DES PIÈCES

DU

MUSÉE DUPUYTREN

PUBLIÉ

Sous les auspices de la Faculté de Médecine de Paris

PAR

M. HOUEL

CONSERVATEUR DES COLLECTIONS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE
ET DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

TOME TROISIÈME

ODL: LIBR.
OREIGN
OGRESS.

PARIS

PAUL DUPONT
ÉDITEUR
41, rue Jean-Jacques-Rousseau.

G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Boulevard Saint-Germain, en face l'École de Médecine

1878

Tous droits réservés

CHAPITRE XV

Déformations des extrémités articulaires, arthrites sèches, rhumatisme goutteux et corps étrangers articulaires.

Ce chapitre comprend des lésions articulaires diverses, mais qui ont entre elles un certain degré de parenté, et que j'ai cru devoir réunir afin de ne point trop multiplier les divisions. Ces altérations ont toutes un caractère commun : la déformation ou l'altération des surfaces articulaires, par suite d'hypertrophie ou d'usure des extrémités osseuses.

Les pièces de déformation suite *d'arthrite sèche*, sont de beaucoup les plus nombreuses dans ce chapitre ; cette dénomination a été imposée par M. Deville à une altération complexe des articulations, et qui jusqu'alors avait été imparfaitement décrite sous les noms de malformation des articulations, d'arthrocace sénile, etc. C'est en 1848, qu'à l'occasion d'une lésion de l'articulation scapulo-humérale, M. Deville, au sein de la Société anatomique, exposa sa pensée sur la nature de cette altération, qu'il a depuis plus complétement étudiée.

L'arthrite sèche est loin d'être une lésion rare ; elle débute le plus souvent par des fongosités synoviales, qui d'abord très vasculaires deviennent, par suite de la disparition des vaisseaux, totalement fibreuses. Ces productions peuvent alors s'avancer plus ou moins loin sur les cartilages qu'elles recouvrent, et cela sans qu'il y ait accumulation de liquide dans l'articula-

tion. Alors on voit apparaître au sein de ses brides ou franges synoviales, de petites masses fibreuses, qui peuvent devenir même osseuses, mais elles sont toujours adhérentes dans le début aux éléments synoviaux ou fibreux de l'articulation. Ce sont de véritables corps étrangers articulaires. Ces petites masses peuvent être appendues à l'intérieur de l'articulation ; on les voit aussi naître quelquefois à l'extérieur dans les tissus fibreux péri-articulaires, et même des végétations osseuses, pour faire saillie ensuite dans la cavité articulaire.

Si le pédicule par lequel le corps étranger se rattache aux éléments synoviaux ou fibreux, vient à se rompre, comme on l'observe fréquemment, le corps étranger devient libre. Un fait caractéristique des lésions articulaires qui se rapportent à l'arthrite sèche, et que mettent en évidence les pièces du musée: c'est que l'altération osseuse est toujours limitée aux insertions de la capsule et des ligaments fibreux qui l'environnent. Le musée renferme un grand nombre de pièces de lésions de l'arthrite sèche que je diviserai en deux articles distincts, à savoir : 1° déformations des extrémités articulaires, arthrite sèche, rhumatisme goutteux et corps étrangers des membres supérieurs; 2° déformations des membres inférieurs.

Article premier.

DÉFORMATIONS DES EXTRÉMITÉS ARTICULAIRES DES MEMBRES SUPÉRIEURS, ARTHRITES SÈCHES, RHUMATISME GOUTTEUX ET CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES.

Le musée renferme trente-quatre pièces qui se rapportent à cet ordre de lésions, du n° 554 au n° 556 *l*. Huit de ces pièces, du n° 554 au 554 *g*, sont relatives à des lésions de l'articulation scapulo-humérale; treize, du n° 555 au 555 *l*, à des lésions de l'articulation du coude, treize également, du n° 556 au 556 *l*, aux articulations de la main.

Parmi les pièces qui sont relatives aux altérations et déformations de l'articulation scapulo-humérale, celles n°s 554 *e*

et 554 *f*, qui présentent des érosions des cartilages, peuvent être considérées comme des arthrites sèches au début. La pièce n° 554 *g*, est un exemple remarquable d'hydropisie de la bourse séreuse sous-deltoïdienne, avec coïncidence de petits corps fibreux, l'articulation scapulo-humérale étant normale.

Les pièces qui se rapportent à l'articulation du coude se répartissent de la manière suivante. Sur cinq, n^{os} 555, 555 *a*, 555 *b*, 555 *c*, 555 *d*, on retrouve à des degrés divers, les altérations et déformations de l'arthrite sèche; sur une, n° 555 *l*, le déplacement et l'usure des surfaces articulaires est considérable, et par suite, les os de l'avant-bras sont dans un subluxation en arrière sur l'humérus.

Sur six de ces pièces, n^{os} 555 *e*, 555 *f*, 555 *g*, 555 *h*, 555 *i*, 555 *j*, se remarquent des corps étrangers articulaires à divers degrés de développement, et sur une pièce, n° 555 *k*, existent des dépôts tophacés suite de goutte. Les treize pièces d'altérations de la main qui, presque toutes, se rapportent au rhumatisme goutteux et à la goutte, ont été données au musée par le professeur Charcot. La pièce n° 556 est un exemple de déviation des doigts de la main sans tumeurs tophacées, ce qui rapproche cette déviation de celles que l'on trouve dans le rhumatisme articulaire chronique; mais il existe sur la tête des métacarpiens des dépôts abondants de cristaux d'urate de soude. La pièce n° 556 *a* est le moule en plâtre de la pièce précédente. Celle n° 556 *b* est le moule d'une main qui présente des tophus volumineux. Les pièces n^{os} 556 *c*, 556 *d*, 556 *e*, 556 *f* représentent les nodosités caractéristiques de la maladie d'Heberden. La pièce n° 556 *k* est le moule en plâtre d'une femme atteinte de paralysie agitante. Ces déformations ont beaucoup d'analogie avec celles observées dans le rhumatisme noueux, mais elles en diffèrent par l'absence de nodosités.

N° 554. — Portion supérieure de l'humérus droit, avec la partie antérieure de l'omoplate ; arthrite sèche.

Sur cette pièce la cavité glénoïde a peu changé de forme, elle est seulement un peu oblique d'avant en arrière. La tête humérale,

très-déformée, est aplatie latéralement; son diamètre s'est accru dans tous les sens, mais principalement de haut en bas, où il est de six centimètres. Les cartilages ont diminué d'épaisseur, et le pourtour de la tête, dans sa partie inférieure surtout, présente de nombreuses végétations osseuses qui font encore corps avecl'os et sont renversées en dehors. Il existe un corps étranger articulaire du volume d'un haricot, qui est situé sous le bec de l'apophyse coracoïde; il adhère par un petit pédicule à la capsule articulaire.

N° 554 *a*. — Humérus droit; arthrite sèche.

La tête de l'humérus est très-déformée, son volume est plus que doublé, par suite de dépôts osseux éburnés, qui sont surtout abondants à la partie postérieure et inférieure, ils sont déjetés en dehors. La lésion est bien limitée aux insertions de la capsule articulaire, le reste de l'os est normal, à peine plus vasculaire.
(Professeur Lassus.)

N° 554 *b*. — Omoplate et humérus gauche; déformations considérables.

Sur cette pièce, l'articulation scapulo-humérale est le siége de déformations considérables. Du côté de l'omoplate, le col glénoïdien a en grande partie disparu, la cavité glénoïde au lieu de présenter une concavité régulière, est alternativement concave et convexe; elle est oblique d'avant en arrière, le cartilage a disparu. Cette cavité est éburnée, le pourtour est rugueux, inégal, couvert d'aspérités ; il semble qu'il y a eu ossification du bourrelet cotyloïdien.

L'humérus est aussi profondément déformé, il est très-court, il n'a que 15 centimètres de longueur, il est courbe à concavité antérieure. L'extrémité supérieure est très-déformée, elle semble avoir été broyée, on ne reconnaît plus ni tête humérale, ni tubérosité; à sa place existe une surface éburnée concave, qui se moule sur la cavité glénoïde et dont le pourtour très-irrégulier, est couvert de nombreuses végétations. Cette lésion est très-probablement congénitale ou s'est produite dans l'enfance.

N° 554 *c*. — Portion supérieure de l'humérus gauche; arthrite sèche.

La portion supérieure de l'humérus a été divisée verticalement. Cette pièce qui provient d'un vieillard, a été prise sur un amputé, la tête humérale, assez régulière, est affaissée de haut en bas, et

descend plus bas que dans l'état normal. Cet état peut être considéré comme le début de l'arthrite sèche.

(Professeur Malgaigne.)

N° 554 *d*. — Portion supérieure de la tête de l'humérus; arthrite sèche.

Cette pièce a été prise sur une femme de 70 ans. La synoviale présente des fongosités et des franges. Le tissu osseux est raréfié ; il existe au centre de la tête de l'humérus, une cavité qui était pleine d'un suc huileux.

Au centre de la tête, le cartilage examiné à l'œil nu est plus épais qu'à l'état normal, et au microscope on a constaté qu'un grand nombre de cellules sont plus développées, ovoïdes, longues de 0,08 millimètres, larges de 0,06 millimètres; elles contiennent jusqu'à 10 ou 12 noyaux. M. Broca a pu extraire des cellules de l'épithélium, un grand nombre de petits cristaux prismatiques et triangulaires, qui sont très-communs dans l'arthrite sèche. Il existait quelques petits séquestres cartilagineux complétement libres; l'un est même invaginé.

Le cartilage dans certains points a subi l'altération velvétique, et est le siége par place, d'érosions plus ou moins profondes. Il existe près du bord, plusieurs petites places au niveau desquelles le cartilage diarthrodial a été envahi par l'ossification. Ces petites plaques sont indiquées par des taches d'un jaune blanchâtre ; à ce niveau le cartilage est devenu plus dur, plus opaque.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.* 1851, p. 165.)

N° 554 *e*. — Portion supérieure de la tête de l'humérus; érosions du cartilage.

Cette tête humérale a été prise sur un homme de 60 ans, dont plusieurs articulations étaient atteintes d'arthrite à divers degrés.

On y observe des érosions profondes et même des destructions complètes du cartilage d'encroûtement, au niveau de la circonférence de la tête humérale.

(Professeur Broca, *Soc. Anat*, 1851, p. 171.)

N° 554 *f*. — Portion supérieure de la tête de l'humérus; érosions du cartilage.

On constate sur cette pièce des érosions, des ulcérations et même dans certains points, des destructions complètes du carti-

lage d'encroûtement de la tête de l'humérus, principalement au pourtour de la portion cartilagineuse de la tête humérale.
(Professeur Broca, *Soc. Anat.* 1851, p. 171.)

N° 554 *g*. — Portion externe de l'omoplate, de la clavicule et de la partie supérieure de l'humérus du côté droit; corps étrangers fibreux de la bourse sous-deltoïdienne.

Sur cette pièce, qui provient d'une femme de 40 ans environ, on constate que la bourse séreuse deltoïdienne qui a été enflammée, présente à son intérieur un grand nombre de corps étrangers fibreux de volume variable, dont les uns étaient libres, les autres, comme on le voit, adhéraient par un pédicule plus ou moins long et volumineux. Cette cavité contenait de 150 à 180 de ces corps étrangers, variables en volume, d'un grain de riz à un gros pois.
(Professeur Verneuil.)

N° 555. — Portion inférieure de l'humérus droit; déformations.

L'extrémité articulaire inférieure de l'humérus représente une vaste poulie qui, du sommet à la gorge, a 2 centimètres de hauteur. Le disque interne représente une demi-circonférence dont le diamètre est de cinq centimètres; l'externe n'est point complet, il n'existe qu'en arrière. En avant, il est remplacé par une facette éburnée qui était destinée à s'articuler avec le radius. Cette vaste surface articulaire présente à sa limite, un rebord qui correspond aux insertions ligamenteuses, et qui est constitué par des dépôts osseux irréguliers. Le corps de l'os paraît il est vrai normal, à peine plus vasculaire.

N° 555 *a*. — Portion inférieure de l'humérus droit, et supérieure des deux os de l'avant-bras; articulation du coude; arthrite sèche.

Les surfaces articulaires du coude sont déformées et dépourvues de cartilages d'encroûtement, la petite tête de l'humérus est aplatie d'avant en arrière, et est oblique dans cette même direction de haut en bas. Au dessous de l'épicondyle se rencontrent des végétations osseuses qui font corps avec lui, et le prolongent. La cupule du radius présente une altération et une direction oblique de sa surface articulaire, en rapport avec la petite tête humérale.
La trochlée est détruite, et l'échancrure en forme de fourche qu'elle présente, a pour limite supérieure les cavités olécra-

niennes et coronoïdes. L'extrémité supérieure du cubitus qui est renflée, présente une exagération considérable de la crête antéro-postérieure qui divise en deux moitiés sa surface articulaire. Cette crête est reçue dans l'espèce de bifurcation que présente la trochlée humérale ; tout le pourtour des surfaces articulaires, dans l'étendue des insertions ligamenteuses, présente de nombreuses végétations qui font corps avec l'os.

(Professeur Cruveilhier.)

N° 555 *b*. — Cubitus droit ; végétations osseuses péri-articulaires.

La surface articulaire supérieure du cubitus est considérablement élargie ; il existe de nombreuses végétations assez régulières, qui se sont déposées au pourtour des surfaces articulaires, dans les limites des insertions ligamenteuses. On trouve même, à l'intérieur de l'articulation, à la jonction de la tubérosité olécrânienne et coronoïde, de petits tubercules osseux, adhérents, lisses.

(Professeur Desault.)

N° 555 *c*. — Portion inférieure de l'humérus droit, et supérieure des deux os de l'avant-bras ; arthrite sèche.

Les surfaces articulaires sont déformées, leur cartilage d'encroûtement a en grande partie disparu. L'altération osseuse est limitée aux insertions ligamenteuses ; et on observe dans l'intérieur de l'articulation, de petits corps étrangers articulaires, les uns cartilagineux, les autres osseux.

N° 555 *d*. — Portion inférieure de l'humérus droit, et supérieure des deux os de l'avant-bras ; arthrite sèche.

L'altération osseuse de l'humérus, qui est assez profonde, est limitée aux surfaces articulaires et à leur pourtour ; elle ne dépasse point les insertions ligamenteuses ; cette pièce est des plus intéressantes, elle est un type de cette lésion pour le coude. La poulie humérale, ainsi que la petite tête, sont dépourvues de leur cartilage d'encroûtement, érodées, usées ; l'épitrochlé et l'épicondyle sont atrophiés. Des usures analogues s'observent sur les surfaces articulaires du cubitus et du radius, avec déformations surtout marquées pour la cupule du radius.

Le pourtour des surfaces articulaires est hérissé de nombreuses végétations arrondies, disposées en goutte de cire, qui sont surtout accusées à la partie interne de l'humérus, au niveau de

l'apophyse coronoïde et à la partie externe de la cupule radiale. On observe aussi un certain nombre de corps étrangers en grande partie libres, adhérents seulement par quelques brides filamenteuses. Toutes ces altérations ne dépassent guère les insertions ligamenteuses. Les os dans le reste de leur étendue ont un aspect normal.

N° 553 e. — Portion articulaire inférieure de l'humérus gauche; corps étrangers articulaires.

On constate sur cet humérus un petit séquestre, de forme quadrilatère, long et large de quatre millimètres; épais de deux, complétement détaché de l'extrémité inférieure du bord interne de la trochlée humérale. La cavité qui le contenait a des bords taillés à pic. Le fond de cette cavité n'arrive pas jusqu'à l'os, une partie de l'épaisseur du cartilage a été conservée.

L'examen microscopique du séquestre cartilagineux, a montré qu'il était formé de tissu fibreux en assez grande quantité, et d'énormes cavités de cartilages, pleines de noyaux et de granules de graisse. La couche de cartilage qui tapisse le fond de la cavité, ne contenait que des éléments de cartilage, mais sur les bords il existait du tissu fibreux.

(Professeur Broca, *Soc. anat.*, 1851, p. 109.)

N° 555 f. — Articulation du coude du côté droit; corps étrangers articulaires.

Cette pièce provient d'un homme d'environ 50 ans, l'articulation présente à un haut degré, les altérations de l'arthrite sèche; il existait une injection assez vive de la synoviale et les cartilages sont dans plusieurs points fortement érodés.

Il existe en arrière au côté interne de la cavité olécrânienne, un corps étranger osseux, du volume d'une noisette, un peu irrégulier dans sa forme, et complétement libre d'adhérences. Au côté interne il en existe un second moins volumineux, encore plus irrégulier, également osseux et qui adhère à la capsule par un mince pédicule.

(Professeur Broca, *Soc. anat.*, 1850, t. XXV, p. 91.)

N° 555 g. — Articulation du coude du côté droit; corps étrangers articulaires.

On trouve dans cette articulation, trois corps étrangers du volume d'un haricot environ, de consistance osseuse. Deux sont placés en avant de l'extrémité humérale, au-dessus de la trochlée

et du condyle ; l'autre est en arrière, logé dans la cavité olécrânienne ; un quatrième est en voie de formation sur le bord marginal de la trochlée. La trochlée et le cartilage sont profondément érodés. On trouve dans cette articulation tous les autres caractères de l'arthrite sèche.

(Professeur Verneuil, *Soc. Anat*, 1852, t. XXVII, p. 118.)

N° 335 *h*. — Articulation du coude du côté droit ; corps étrangers articulaires.

Cette articulation présente une partie des altérations et des déformations propres à l'arthrite sèche. Il existe en outre trois corps étrangers articulaires, mobiles et en partie osseux. Ces corps étrangers sont un peu aplatis et de volume variable ; le plus considérable a le volume d'un gros haricot, il est situé à la partie antérieure et supérieure de la trochlée ; le moyen est au-dessus de la petite tête humérale ; le troisième, qui est le plus petit, est situé en arrière, il occupe l'excavation olécrânienne.

(M. Foucher.)

N° 335 *i*. — Articulation du coude du côté droit ; corps étrangers articulaires.

L'articulation a été ouverte en avant, elle est élargie latéralement, les surfaces articulaires déformées sont encore encroûtées de cartilages, qui sont amincis dans certains points, et profondément érodés, usés sur la petite tête humérale. On retrouve ici une grande partie des altérations propres à l'arthrite sèche.

On distingue dans cette articulation plusieurs corps étrangers ; le plus volumineux, osseux, triangulaire, est situé au niveau de la petite tête humérale ; il adhère par un petit pédicule au ligament postérieur. Un autre corps étranger, également osseux, mais beaucoup moins volumineux que le précédent, est logé dans une excavation qui est creusée à la partie interne de la cavité coronoïde. Un troisième, du volume d'une petite noisette, occupe la partie externe de l'apophyse coronoïde près du bec ; il adhère à la face interne du ligament par de petits tractus fibreux.

(M. Foucher, 1854.)

N° 335 *j*. — Articulation du coude du côté droit ; corps étrangers articulaires.

L'articulation est déformée, elle offre les altérations de l'arthrite sèche. La trochlée humérale présente une usure profonde des cartilages d'encroûtement, et à sa partie antérieure et supérieure

existe une plaque osseuse saillante, qui paraît être un corps étranger articulaire en voie de développement. La cupule du radius, notablement augmentée de volume, dépasse en dehors la petite tête de l'humérus. L'articulation a été ouverte par sa partie antérieure.

On constate qu'il existe dans cette articulation trois corps étrangers osseux, mobiles, dont deux surtout sont assez volumineux. Le plus gros, a le volume d'une grosse noisette, et est très-irrégulier, indépendant de celui que nous avons considéré précédemment, comme étant en voie de développement. Il occupe la place de la cavité coronoïde, qui est en grande partie comblée; il adhère par plusieurs tractus fibreux au fond de cette cavité. Un second, également volumineux, paraît formé par l'apophyse coronoïde qui semble détachée du cubitus au niveau de sa base; ce corps étranger représente assez bien la configuration de cette portion osseuse, et il adhère intimement par sa face non articulaire à la capsule ligamenteuse. Un troisième, du volume d'une petite noisette, en grande partie libre à l'intérieur de l'articulation, adhère à la capsule par quelques petits filaments très-déliés.

(M. Foucher, *Soc. anat.*, 1854, t. XXIX, p. 59.)

N° 555 *k*. — Portion inférieure de l'humérus droit d'un goutteux.

La trochlée humérale et la petite tête de l'humérus, sont couvertes de nombreux dépôts tophacés.

(Professeur Charcot, 1874.)

N° 555 *l*. — Portion inférieure de l'humérus droit; déformation des surfaces articulaires de l'articulation du coude.

Sur cette pièce, qui est sans renseignements, il existe une déformation assez considérable des surfaces articulaires de l'articulation du coude. Cette déformation, dont la cause ne me paraît pouvoir être déterminée d'une manière exacte, peut résulter d'une arthrite sèche, ou être consécutive à une luxation incomplète des deux os de l'avant-bras en arrière.

La trochlée humérale n'existe plus, la place occupée par la petite tête de l'humérus est remplacée par une large excavation planiforme. Le cubitus n'est point notablement déformé, mais l'apophyse coronoïde manque en grande partie; l'extrémité supérieure du radius est à peu près normale, les parties osseuses qui avoisinent les surfaces articulaires, présentent de nombreuses aspérités, végétations osseuses. L'humérus est porté en avant, et n'a plus de rapports avec les surfaces articulaires des os de l'avant-bras que par sa moitié postérieure.

N° 556. — Squelette de la main gauche, avec la partie inférieure des deux os de l'avant-bras; déformations du rhumatisme noueux dans un cas de goutte tophacée.

Cette pièce a été recueillie sur une femme de 84 ans, qui faisait remonter le début de sa maladie à environ 14 ans. Toutes les jointures des membres et des extrémités étaient rigides, à l'exception des épaules et des hanches; mais c'est surtout aux mains que les déformations permanentes étaient prononcées, elles étaient identiques des deux côtés; la main gauche a été seule conservée.

On constate, sur ce squelette, la déviation des doigts vers le bord cubital de la main; le bord externe du petit doigt fait presque un angle droit avec l'axe du cubitus. Les phalanges sont, en outre, luxées en avant et en dedans des têtes des métacarpiens, qui faisaient, sous les téguments amaigris, une saillie très-accusée. Les doigts se trouvent fléchis sur les métacarpiens; il n'existait point de tumeurs tophacées appréciables. On trouve donc ici un type de déformation que l'on rencontre dans le rhumatisme articulaire chronique progressif. Il existe, sur la tête des métacarpiens, un dépôt abondant de cristaux d'urate de soude qui occupait également les autres articulations; ces cristaux siégeaient dans l'épaisseur et à la surface des cartilages diartrodiaux. Les ligaments et les tendons contiennent aussi de petites concrétions blanches d'aspect crayeux. Les tissus fibreux étaient fortement rétractés.

(Professeur Charcot, Société biologique, 1863, 3e série, t. V, p. 149.)

N° 556 *a*. — Modèle en plâtre de la main précédente, n° 556.

Ce moule représente, avant dissection, les déformations caractéristiques du rhumatisme noueux.

(Professeur Charcot.)

N° 556 *b*. — Modèle en plâtre de la main droite d'un goutteux.

Cette pièce a été moulée sur un homme de 69 ans, atteint de la goutte depuis l'âge de 32 ans. Un tophus volumineux se voit à la base de l'index, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Un autre tophus, moins volumineux que le précédent, existe à la base du médius. Cet homme portait, sur les oreilles externes, de nombreuses concrétions d'urate de soude.

(Professeur Charcot, *Leçons sur les maladies des vieillards.*)

N° 556 c. — Squelette de la main gauche d'une vieille femme; maladie d'Heberden.

Les surfaces articulaires métarcarpo-phalangiennes, et celles de la première phalange avec la seconde, présentent une altération identique. Il existe un élargissement notable et surtout transversal des surfaces articulaires, avec de petites tumeurs piriformes, véritables petits tubercules osseux situés principalement à la surface dorsale, et dont la présence altère considérablement la forme ordinaire de l'articulation. Sur ce squelette, les articulations de la première phalange sont en subluxation légère en avant sur les métacarpiens, tandis que celles des secondes, sont en legère subluxation en arrière sur la première. M. Charcot admet que ces altérations résultent de la diathèse rhumatismale.

(Professeur Charcot, *Leçons sur les maladies des vieillards.*)

N° 556 d. — Squelette de la main droite; maladie d'Heberden.

Les articulations de la première phalange avec la seconde et de la seconde avec les phalangettes, sont notablement élargies, et il existe, dans leur pourtour, surtout du côté de la face dorsale, des nodosités piriformes nombreuses qui s'observent à tous les doigts de la main, et déforment notablement ces articulations, qui présentent un léger renflement.

(Professeur Charcot, *Leçons sur les maladies des vieillards.*)

N° 556 e. — Modèle en plâtre de la main droite, représentant la déformation, les nodosités des phalanges dans la maladie d'Heberden.

(Professeur Charcot.)

N° 556 f. — Moule en plâtre de la main droite; maladie d'Heberden.

Ce moule a été pris sur une femme de 72 ans, qui présentait une arthrite sèche de l'articulation scapulo-humérale. Les dernières phalanges représentent à un haut degré, les déformations et les nodosités de la maladie d'Heberden.

(Professeur Charcot.)

N° 556 g. — Tableau représentant, d'après le procédé de M. Baretta, deux mains, une droite et une gauche, plus un pavillon d'oreille. et une troisième main avec l'avant-bras; tuméfaction de la goutte.

Les deux mains isolées représentent le moulage de déformations,

de tuméfactions considérables dont quelques-unes sont ulcérées, et produites par la goutte. Ces pièces ont été prises sur un sujet atteint, à l'âge de 25 ans, des premiers symptômes de la goutte articulaire, sans hérédité connue. Au moment où les moules ont été pris, le sujet présentait les symptômes de la néphrite goutteuse avec albuminurie. Le pavillon de l'oreille présente, sur l'anthélix, plusieurs tophus non ulcérés.

N° 556 *h*. — Moule en plâtre de la main droite; rhumatisme noueux.

Cette main a été moulée sur la nommée Etard, âgée de 45 ans. Dans son enfance, cette femme avait habité une maison très-basse et très-humide ; vers l'âge de 15 ans, elle avait eu des douleurs dans les muscles de l'épaule. A partir de cette époque, elle fut à plusieurs fois, à des périodes diverses, atteinte de rhumatisme sur les divers points du corps.

Sur ce moule, on constate une déformation considérable de la main, la lésion était à peu près identique des deux côtés. Le métacarpe est fléchi sur l'avant-bras ; les premières phalanges sont dans une extension forcée; elles forment, avec les métacarpiens, un angle obtus à sinus curviligne de 180 degrés. Le pouce est à peu près normal, les mouvements étaient trop bornés pour que la malade puisse fermer la main. Les phalangines sont fléchies à angle aigu sur les phalanges. Il n'y a point apparence de tophus dans ces jointures.

(Professeur Charcot, *Thèse,* 1853, p. 31.)

N° 556 *i*. — Moule en plâtre de la main droite; rhumatisme noueux.

Sur ce moule, qui a été pris sur une femme atteinte de rhumatisme noueux, on constate les déformations suivantes: la main est très-amaigrie, et, comme sur le moule précédent, les métacarpiens sont étendus, mais légèrement sur la carpe. Des phalanges, les deux premières sont en légère flexion, tandis que pour les phalangines, la flexion est très-prononcée.

(Professeur Charcot.)

N° 556 *j*. — Modèle en plâtre de la main gauche; rhumatisme noueux.

On constate, sur ce moule, qui a été pris sur une vieille femme atteinte de rhumatisme noueux, que le pouce est à peu

près normal, mais les phalanges des quatre autres doigts sont fortement fléchies dans le creux de la main, en même temps qu'elles sont déviées du côté du bord cubital.

(Professeur Charcot.)

N° 556 *k*.— Moule en plâtre de la main droite d'une femme atteinte de paralysie agitante.

Sur cette pièce, le pouce est allongé et rapproché de l'index les premières phalanges des doigts fléchis sont déviés en masse vers le bord cubital, tandis que les secondes phalanges et les phalangettes sont en extension ; il existe donc une flexion avec extension alternative. Ces déformations ont beaucoup d'analogie avec celles observées dans le rhumatisme chronique, mais elles en diffèrent par l'absence de bourrelets ou nodosités osseuses, et de craquements pendant la vie.

(Professeur Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, p. 152.

N° 556 *l*. — Métacarpiens et phalanges des deux pouces du même individu ; goutte.

Sur cette pièce, les articulations métacarpo-phalangiennes, et phalangiennes des deux pouces sont profondément altérées et déformées. Les articulations des phalanges sont subluxées en arrière des métacarpiens ; les extrémités osseuses très-tuméfiées, présentent dans certains points, des dépôts tophacés.

(Professeur Charcot, 1874.)

ARTICLE 2.

DÉFORMATIONS DES EXTRÉMITÉS ARTICULAIRES DES MEMBRES INFÉRIEURS. — ARTHRITES SÈCHES. — RHUMATISME GOUTTEUX ET CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES.

Cette altération du système osseux est beaucoup plus fréquente pour le membre inférieur que pour le membre supérieur. Le musée renferme soixante-douze pièces qui se rapportent à ces lésions, du n° 557 à 583 *e* ; trente-huit pièces

sont relatives à l'articulation coxo-fémorale, du n° 557 à 575 *a*, vingt-six à l'articulation du genou, du n° 576 au n° 581 *d*. Enfin huit pièces sont relatives à l'articulation tibio-tarsienne, et aux autres articulations du pied, du n° 582 à 583 *e*. Dans les déformations de l'articulation coxo-fémorale, les deux surfaces articulaires prennent quelquefois une égale part à ces déformations, tandis que dans l'articulation scapulo-humérale, la déformation est ordinairement plus considérable sur la tête de l'humérus que du côté de la cavité glénoïde. Dans l'articulation coxo-fémorale, il peut encore exister, pour les déformations de la tête et de la cavité, quelque différence ; tantôt il y aura à la fois une hypertrophie de la tête du fémur et un agrandissement de la cavité cotyloïde. Lorsque la tête acquiert proportionnellement un volume plus considérable que la cavité, comme on l'observe sur les pièces n°s 557, 557 *e*, 557 *f*, 557 *g*, 558, 558 *a*, elle ne peut être enclavée dans l'articulation ; il y a plutôt une tendance à la subluxation. Dans ce cas il est de remarque que, l'arrière-fond de la cavité cotyloïde qui loge le peloton graisseux a disparu, ainsi que l'échancrure inférieure qui donne passage aux vaisseaux qui s'y rendent.

Si, au contraire, en même temps que la tête augmente de volume, la cavité cotyloïde est agrandie, n°s 560, 561, 562, 563, 564, on observe une grande tendance à l'enclavement; les mouvements de l'articulation sont alors très-bornés, ils sont même quelquefois nuls. Dans ces cas d'agrandissement de la cavité, l'arrière-fond est généralement plutôt augmenté, et par suite l'échancrure vasculaire conservée, n°s 561, 562, 563 ; il existe donc une corrélation manifeste entre ces deux faits. La pièce n° 564 est un exemple remarquable de luxation pathologique sous-pubienne, avec formation de cavités nouvelles ; on en distingue trois, dont deux sont aujourd'hui rudimentaires. Cette cavité est constituée par trois cavités concentriques, avec rainures correspondantes sur la tête du fémur; cette cavité occupe la place du trou obturateur qu'elle ferme.

Les pièces n°s 561 *a*, 561 *b*, 561 *c*, 561 *d*, sont des exemples d'altérations considérable, d'usures profondes de la tête et de la cavité, avec ossifications périphériques énormes. Sur la

pièce n° 561 *c* il existe une ossification de l'aponévrose supérieure du muscle droit antérieur et qui en occupe toute la longueur. J'attirerai encore l'attention du lecteur sur la pièce n° 557 *b* qui a été déposée dans le musée par M. Duplay et qui peut être diversement interprétée. Les uns y voient un exemple de fracture intra-capsulaire du fémur consolidée par un cal osseux, les autres, et je suis du nombre, une altération propre à l'arthrite sèche.

La pièce n° 564 *a* est un exemple de corps étranger fibreux du fond de la cavité cotyloïde.

Un certain nombre de pièces de la tête du fémur, isolées de leur cavité cotyloïde, présentent, les unes, n°s 565, 566, 567, 568, des diminutions de volume de la tête, les autres, n°s 569, 570, 570 *a*, des aplatissements; enfin les n°s 571, 572, 573, 574, 575, des déformations diverses de la tête du fémur. Une pièce intéressante est celle décrite sous le n° 574 *a*; la tête manque complétement. Cette pièce provient d'une femme atteinte d'ataxie locomotrice, et M. le professeur Charcot, qui la rapproche des pièces d'arthrite sèche, la désigne sous le nom d'arthrite sèche chez les ataxiques. Mais cette pièce me paraît différer essentiellement des autres pièces qui caractérisent cette singulière altération osseuse, en ce sens, que dans l'arthrite sèche, comme cela s'observe sur toutes les pièces du musée, les altérations osseuses, si considérables qu'elles puissent être, sont toujours limitées aux insertions des tissus fibreux de l'articulation, tandis que sur cette pièce l'altération paraît s'étendre à l'os entier. La pièce n° 575 *a* est une tête de fémur incrustée de dépôts tophacés d'urates de soude.

Dans les lésions du genou j'ai placé, n°s 576, 576 *a*, 576 *b* et 576 *c*, des hydropisies ou épanchements sanguins de la bourse pré-rotulienne, et la pièce n° 577 est un exemple de kyste du creux poplité. Les pièces n°s 578, 578 *a*, 578 *b*, 578 *c*, 578 *d*, 578 *e*, 578 *f*, sont des [illegible] à des degrés divers de l'articulation du [illegible] arthrite sèche. La pièce, n° 578 *f*, observée [illegible] été aussi considé[illegible] sèche pour la[illegible] la pièce du[illegible]

M. Lannelongue à faire une bonne étude de genou cagneux.

Les pièces nos 578 *h*, 578 *i*, 578 *j*, 578 *k* et 578 *l*, sont des exemples de déformations très-considérables, et d'usures profondes des surfaces articulaires du genou. La pièce n° 579 est un exemple très-rare de corps étranger formé par la fracture d'un cartilage articulaire ; cette forme de lésion, après avoir été admise sans contestation depuis les observations de Reimar et Monro, a été fort contestée lorsque l'on a étudié dans ces derniers temps avec plus de soin, l'anatomie pathologique des corps étrangers articulaires. Les pièces nos 580, 580 *a*, 580 *b*, sont des exemples divers de corps étrangers articulaires. Les pièces nos 581, 581 *a*, 581 *b*, 581 *c*, 581 *d*, sont des surfaces articulaires du genou incrustées de dépôts tophacés.

Pour les articulations du pied, les seuls exemples sont les suivants : nos 582 et 582 *a*. Les pièces nos 583, 583 *a* sont des incrustations tophacées de l'astragale, la pièce n° 583 *b* est une érosion du cartilage du calcanéum, les pièces nos 583 *c*, 583 *d*, de nécrose avec séquestre du cartilage du scaphoïde ; la pièce n° 583 *e* est un exemple de dépôts tophacés sur le premier métatarsien et les phalanges du pouce.

N° 557. — Os coxal droit, avec la partie supérieure du fémur ; arthrite sèche.

Cette pièce a été présentée en 1836 à la Société anatomique sous le nom d'affection sénile. La tête fémorale, suivant qu'on examine son segment supérieur ou inférieur, offre un aspect différent ; la moitié supérieure, encore assez lisse, devait, dans certains points, être encore recouverte d'une mince lamelle de cartilage. Dans sa moitié inférieure et antérieure, la tête a augmenté de volume par l'addition assez irrégulière d'une nouvelle couche osseuse. La partie antérieure du corps est le siége de productions osseuses volumineuses, véritables exostoses qui lui sont très-adhérentes.

La cavité cotyloïde est [illegible] déformée ; son fond est recouvert d'une nouvelle couche osseuse, tandis que le pourtour [illegible] dans certains points, [illegible] de l'ossification d'une [illegible] cotyloïde est plus profonde que son échancrure [illegible] qu'à l'état

N° 557 *a*. — Portion supérieure du fémur droit; déformations de l'arthrite sèche.

La tête du fémur, sans être notablement plus volumineuse qu'à l'état normal, est déformée; elle est allongée, conique. Sa partie supérieure et antérieure est assez lisse, quoique éburnée; mais la seconde moitié inférieure et postérieure est rugueuse, inégale, couverte d'aspérités dues à de nouvelles sécrétions osseuses. La portion de la tête, qui avoisine le col, est prolongée par des stalactites osseuses en forme de gouttes de cire, qui sont renversées en dehors et sont plus volumineuses au niveau du point qui correspond au bourrelet cotyloïdien. De nouvelles aspérités existent au niveau de la ligne oblique antérieure du col. Le reste de l'os paraît normal, peut-être cependant un peu vascularisé.

N° 557 *b*. — Portion supérieure du fémur droit; déformations de l'arthrite sèche.

La tête du fémur est notablement augmentée de volume, en même temps qu'elle a pris une conformation particulière à cette lésion. Elle est conique, allongée, éburnée à sa surface et lisse; dans d'autres points elle présente de légères aspérités. La capsule a été conservée avec ses insertions sur le col, et l'on peut constater qu'à la partie antérieure du col, dans la portion intra-capsulaire, qui correspond à l'échancrure de la cavité cotyloïde, il existe une exostose volumineuse à surface lisse, qui est, comme le montre une coupe de l'os, surajoutée au col, dont elle est séparée par la lame compacte. Cette exostose se prolonge assez loin insensiblement à la partie inférieure. Le reste du fémur paraît être à peu près normal.

N° 557 *c*. — Os coxal droit avec la partie supérieure du fémur; arthrite sèche au début.

La tête du fémur a conservé sa forme normale. Sa partie centrale est rugueuse, inégale, dépourvue de cartilage, criblée de trous; sa partie périphérique est lisse et éburnée. A son insertion sur le col, le pourtour de la tête présente une couronne de nouvelles productions osseuses, qui la prolongent et sont fortement déjetées en dehors. En avant du col, au niveau du point qui correspond à l'échancrure de la cavité cotyloïde, existe, sous forme d'exostose peu volumineuse, de nouvelles productions osseuses.

La cavité cotyloïde est légèrement agrandie ; son fond est éburné, et son sourcil plus saillant est irrégulier, avec des végétations osseuses. Ces os, en dehors de la sphère des insertions de la capsule articulaire, sont normaux.

N° 557 *d*. — Portion d'os coxal droit, avec la partie supérieure du fémur ; arthrite sèche.

La tête du fémur est augmentée de volume et profondément déformée. Sa surface articulaire était dépourvue de cartilages ; elle est rugueuse, inégale, portée en arrière, rapprochée du bord postérieur du grand trochanter, dont elle n'est séparée que par un millimètre. Le pourtour de la tête, qui avoisine le col, est couvert de nombreuses aspérités osseuses, en forme de couronne, qui s'inclinent en dehors. En avant du col, dans le point qui correspond à l'échancrure cotyloïde, existe une exostose volumineuse. Le col est raccourci, le grand et le petit trochanter sont couverts d'aspérités.

La cavité cotyloïde élargie est planiforme. Il s'est fait à sa surface intérieure un dépôt irrégulier de matière osseuse de nouvelle formation. Le pourtour de la cavité, également irrégulier, présente dans certains points, en arrière et en avant surtout, au niveau de l'épine iliaque antérieure et inférieure des saillies osseuses irrégulières, qui semblent résulter de l'ossification des tissus fibreux.

N° 557 *e*. — Portion d'os coxal droit, avec la partie supérieure du fémur ; arthrite sèche.

La tête du fémur est notablement augmentée de volume, sans que sa partie articulaire soit très-déformée. Elle est encore assez lisse, éburnée dans certains points et dépourvue de cartilages articulaires. A la partie antérieure inférieure et postérieure du col, il s'est fait un dépôt considérable de matière osseuse, qui constitue comme une espèce de gaine qui enveloppe le col. En arrière, ce dépôt s'est avancé sur la tête fémorale elle-même. Au-dessous de la substance osseuse déposée, comme cela résulte d'une coupe pratiquée, la lame de substance compacte du col est restée intacte.

La cavité cotyloïde planiforme, moins profonde que dans l'état normal, a acquis des dimensions considérables en largeur. Son peu de profondeur et l'augmentation d'épaisseur de ses parois, résulte d'un dépôt de substance osseuse surtout en bas et en dedans, qui a rempli en partie la cavité. L'échancrure de la cavité cotyloïde est comblée. Une coupe permet de voir que, dans cer-

tains points, cette nouvelle couche osseuse a près d'un centimètre d'épaisseur. Les autres parties de ces os paraissent avoir leur aspect normal.

N° 557 *f*. — Os coxal gauche, avec la partie supérieure du fémur ; arthrite sèche.

La tête du fémur, dans son ensemble, est considérablement augmentée de volume et déformée ; elle présente 9 centimètres 1/2 dans son plus grand diamètre, qui est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, elle forme une espèce de crochet. En l'examinant, on retrouve au centre de cette masse informe, la tête du fémur avec son volume à peu près normal, sa surface est seulement éburnée et dépourvue de cartilage. Cette augmentation de volume résulte de l'addition au pourtour de la tête, dans toute sa circonférence, mais principalement en avant et en bas, d'une grande quantité de tissu osseux, d'aspect spongieux, sur lequel existent de petits tubercules osseux en forme de goutte de cire ; leur surface est lisse, éburnée. Une section verticale permet de constater les rapports de l'os ancien avec le tissu osseux nouveau.

La cavité cotyloïde est planiforme, et quoiqu'elle soit beaucoup augmentée de largeur, elle est encore en disproportion avec le volume de la tête du fémur. Elle est rugueuse, éburnée et comblée dans son fond par des dépôts osseux nouveaux ; le bourrelet cotyloïdien est peu saillant, et l'échancrure a disparu.

N° 557 *g*. — Os coxal gauche, avec la partie supérieure du fémur arthrite sèche.

La tête du fémur a acquis un volume considérable ; elle présente verticalement 7 centimètres 1/2. A son centre existe une facette articulaire convexe, dépourvue de cartilage, éburnée, assez régulière. C'est la tête de l'os ancien. Tout au pourtour on trouve des dépôts abondants de matière osseuse, mais surtout en avant, en haut et en arrière ; ils s'étendent sur le col qu'ils engainent, auxquels ils adhèrent, mais qu'une coupe de l'os permet néanmoins de distinguer.

La cavité cotyloïde est profonde, elle a 5 centimètres 5 millimètres dans l'endroit où elle a le plus de hauteur ; son ampleur est de 7 centimètres 5 millimètres dans son plus grand diamètre. Elle est rugueuse, inégale, dépourvue de cartilage. Cette augmentation dans la profondeur de la cavité qui est surtout accusée à la partie antérieure et postérieure, est le résultat de végétations osseuses considérables, implantées sur le pourtour du bourrelet

cotyloïdien. Ces saillies surajoutées au sourcil cotyloïdien, devaient beaucoup limiter les mouvements de l'articulation ; la tête est comme enclavée dans la cavité, l'échancrure inférieure est convertie en trou, la dépression centrale est conservée. Comme pour la tête, on peut y distinguer l'ancienne et la nouvelle cavité.

N° 557 *h*. — Portion supérieure du fémur gauche ; arthrite sèche.

La tête du fémur est très-abaissée; elle arrive presque au contact du petit trochanter et le col est très-court, mais dans aucun point, il ne présente de traces évidentes de fractures, ni de cal. Une coupe pratiquée sur cette pièce, permet de voir que le col semble pénétrer la tête et constituer une fracture par pénétration consolidée. C'est l'opinion de M. Duplay, qui a donné ce fémur au musée; malgré cela, cette pièce, dont l'interprétation peut être aujourd'hui douteuse, me paraît devoir plutôt se rapporter aux lésions de l'arthrite sèche. Je renvoie le lecteur à la discussion qui a eu lieu à la Société anatomique.

(M. Duplay, *Soc. Anat.*, 1862, 2e série t. VII, p. 392.)

N° 557 *i*. — Os coxal droit, avec la partie supérieure du fémur ; arthrite sèche.

La tête du fémur est profondément déformée; elle a pris un aspect ovoïde et sa surface est devenue rugueuse, inégale, surtout à sa partie inférieure, où se trouvent deux crêtes assez saillantes parallèles à l'axe du col, et séparées par une gouttière. Les deux crêtes correspondent à celles de la cavité cotyloïde, et la gouttière à l'échancrure. Le pourtour de la tête qui avoisine le col est entouré de nouvelles sécrétions osseuses, saillantes, irrégulières et renversées en dehors.

La cavité cotyloïde est très-profonde, sans être notablement élargie; elle a une profondeur de 6 centimètres à sa partie postérieure, ce qui répond à la longueur que présente la tête. Cette augmentation de profondeur de la cavité tient à deux causes : 1° à ce que le fond est dévié en dedans, et fait saillie dans l'excavation pelvienne ; 2° à des végétations osseuses que l'on observe au pourtour du bourrelet cotyloïdien, surtout en bas. L'échancrure est conservée et même exagérée; la tête du fémur est enclavée dans la cavité cotyloïde, et les végétations de la cavité se moulent sur celles du col du fémur. La lésion paraît exactement limitée à l'insertion de la capsule articulaire.

(Prof. Jarjavay, 1868.)

N° 558. — Portion articulaire de l'os iliaque du côté droit, avec la partie supérieure du fémur; arthrite sèche.

La tête du fémur, qui est très-volumineuse, est irrégulière, informe; elle présente en haut des dépôts osseux volumineux, disposés à facettes, qui ont dans certains points une épaisseur considérable, et adhèrent au pourtour du col et à la tête. En bas on en observe également de considérables, de sorte que la tête du fémur englobée entre ces deux masses osseuses, présente dans sa partie moyenne une goultière assez profonde dirigée d'avant en arrière. Le col du fémur et le corps de l'os lui-même ont notablement augmenté de volume, et sont formés d'un tissu osseux dense.

La cavité cotyloïde ne présente plus sa forme arrondie, elle a 8 centimètres de haut en bas, et 5 centimètres 5 millimètres dans son diamètre antéro-postérieur et 6 centimètres de profondeur. La cavité est assez régulièrement convexe en arrière, mais en dedans et en avant elle présente une vaste échancrure. Le fond de la cavité et l'échancrure, sont comblés par un dépôt de substance osseuse qui présente deux facettes lisses. Cette masse aurait pu, par les progrès du mal, se détacher et donner lieu à un corps étranger articulaire.

N° 558 *a*. — Portion articulaire de l'os coxal gauche, avec la partie supérieure du fémur; arthrite sèche.

La tête du fémur n'est point notablement augmentée de volume; elle est encore sur certains points encroûtée de cartilage, qui est détruit cependant dans les quatre cinquièmes postérieurs. A son pourtour existe un bourrelet osseux renversé en dehors, et surtout accusé en haut et en arrière.

La cavité cotyloïde est augmentée de profondeur, le cartilage est en grande partie détruit; la cavité qui loge le peloton graisseux, est en partie comblée par de la matière osseuse de nouvelle formation, l'échancrure est conservée. Le sourcil cotyloïdien, plus saillant et plus tranchant qu'à l'état normal, est le siége de nouvelles ossifications, dont quelques noyaux ne sont point encore complétement soudés, en se détachant ils auraient pu former des corps étrangers.

(Prof. Breschet.)

N° 559. — Os iliaque droit; lésions de l'arthrite sèche.

La cavité cotyloïde est très-augmentée dans tous les sens; elle est assez régulièrement conique, dépourvue de cartilage. L

dépression qui donne insertion au ligament rond n'existe plus, ainsi que l'échancrure. La cavité présente 5 centimètres de profondeur sur 7 de diamètre vertical, et 6 centimètres transversalement. Le sourcil cotyloïdien très-saillant en haut et en avant, est le siége de nombreuses productions osseuses nouvelles.
(Prof. Breschet.)

N° 560. — Os coxal droit, avec la partie supérieure du fémur; arthrite sèche.

La tête du fémur très-déformée présente un cône très-pointu, dont le sommet regarde en dedans; sa surface est lisse, éburnée. La base du cône qui correspond à la partie la plus externe de la tête, est entourée en haut, en avant et en bas, d'un cercle de dépôts osseux considérables, qui fait que dans ces points le col n'existe plus.

La cavité cotyloïde a pris une forme identique à celle de la tête fémorale; elle présente une profondeur considérable; rétrécie dans son fond, elle est élargie à sa base, et le sourcil cotyloïdien dans sa circonférence est le siége de productions osseuses nouvelles, qui sont d'autant plus considérables qu'on se raproche de la fosse iliaque externe. L'échancrure inférieure est conservée, mais rétrécie.

N° 560 *a*. — Os coxal droit, avec la partie supérieure du fémur; arthrite sèche.

Le ligament rond est en grande partie conservé, mais la tête du fémur, légèrement aplatie de dedans en dehors, est éburnée, rugueuse, inégale et en grande partie dépourvue de cartilage. La partie externe de la tête est délimitée par une couronne de végétations osseuses, qui sont surtout prononcées à la partie supérieure et postérieure.

La cavité cotyloïde planiforme est très-élargie, éburnée à sa partie postérieure, et le sourcil cotyloïdien est beaucoup plus prononcé que dans l'état normal; le peloton ligamenteux paraît en grande partie ossifié.
(M. Foucher.)

N° 560 *b*. — Os coxal du côté gauche, avec la partie supérieure du fémur; arthrite sèche.

Cette pièce appartient au même individu que la précédente

n° 560 *a*, et les lésions anatomiques sont à peu près identiques, seulement un peu plus accusées.
(M. Foucher.)

N° 561 — Os coxal gauche, avec la partie supérieure du fémur ; arthrite sèche.

La tête du fémur est notablement augmentée de volume; elle est en grande partie dépourvue de cartilage d'encroûtement, elle a perdu son aspect lisse, dans certains points même le tissu spongieux est mis à nu, par suite de l'usure du tissu compacte. Son pourtour ainsi que la partie antérieure du col qui correspond à l'échancrure cotyloïdienne, est le siége de dépôts osseux nouveaux assez considérables, qui enchâssent la tête et la prolongent en même temps que le col se trouve raccourci.

La cavité cotyloïde, considérablement agrandie, présente sept centimètres dans sa plus grande profondeur, et offre environ six centimètres de diamètre en largeur dans tous les sens. La saillie du sourcil cotyloïdien, excepté au niveau de l'échancrure qui est conservée, est notablement augmentée par l'addition de nouvelles couches osseuses, surtout saillantes en haut et en arrière. L'intérieur de la cavité est rugueux, principalement en haut, où le tissu spongieux est à nu; la tête femorale était presque enclavée.

N° 561 *a*. — Articulation coxo-fémorale gauche; arthrite sèche.

Cette pièce, dont les altérations articulaires sont des plus accusées, a été prise sur un homme de 57 ans. Une coupe verticale a été pratiquée au centre de l'articulation, et l'on peut constater que la cavité cotyloïde est déformée, agrandie; elle est au moins le double en capacité de l'état normal; le cartilage d'encroûtement est complétement détruit. Il y a donc une usure considérable qui a porté sur le pourtour de la cavité cotyloïde, et non sur le fond, qui est au contraire très-hypertrophié, car il présente 3 centimètres d'épaisseur; son tissu est éburné et dense. La circonférence de cette vaste cavité, présente, surtout en haut et en arrière, un rebord saillant, qui a, dans certains points, 5 centimètres; il est en outre très-épais. Ces nouvelles ossifications paraissent s'être développées surtout aux dépens des tissus fibreux.

La tête fémorale dépourvue de cartilage a été usée; elle est presque entièrement détruite, et le col, qui la remplace en partie, forme une espèce de moignon qui joue librement dans la cavité cotyloïde. Il existe plusieurs corps étrangers articulaires osseux

d'un tissu éburné, dont deux sont très-volumineux et occupent la partie inférieure de l'articulation. Leur origine pourrait donner matière à discussion. Sont-ils des débris de la tête, ou des productions nouvelles? Je penche vers cette dernière manière de voir que j'ai développée dans un autre travail.

Il existe à la partie antérieure de l'articulation, une énorme production osseuse que M. Barth avait reconnue pendant la vie du malade; elle est disposée en forme d'épée; elle a 20 centimètres de longueur sur 2 de large; cette épine osseuse est indépendante de l'articulation, et est fixée par un tissu fibreux à l'épine iliaque antéro-inférieure. Cette portion osseuse, qui occupait la partie centrale du droit antérieur, résulte très-probablement de l'ossification du tendon et de l'aponévrose centrale de ce muscle. Les os en dehors des insertions ligamenteuses, présentent leur aspect normal.

(M. Barth, *Soc. Anat.*, 1855, t. XXX, p. 3.)

N° 561 *b.* — Seconde moitié de la pièce précédente, moitié postérieure de l'articulation coxo-fémorale qui a été conservée dans l'alcool, et présente les mêmes altérations que l'antérieure.

(M. Barth.)

N° 561 *c.* — **Articulation coxo-fémorale gauche; arthrite sèche.**

Cette pièce provient d'une femme de 41 ans, qui est morte du choléra, dans le service de M. le professeur Cruveilhier à l'hôpital de la Charité.

Les altérations et les déformations de cette articulation, sont très-prononcées et du plus haut intérêt au point de vue des lésions osseuses articulaires de l'arthrite sèche. La lésion est symétrique; elle occupait les deux articulations coxo-fémorales, et les altérations sont à peu près identiques des deux côtés, n° 561 *d*.

Les deux cavités cotyloïdes ont plus que doublé d'étendue au lieu d'être arrondies, elles ont pris une forme ovoïde, dont le grand diamètre est oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Les cartilages d'encroûtement sont entièrement détruits; le sourcil cotyloïdien a été usé en presque totalité. Dans tout le pourtour de l'ancienne cavité articulaire, il s'est développé, au point d'insertion de la capsule, de nombreuses végétations osseuses, très-volumineuses, qui circonscrivent de chaque côté, deux nouvelles cavités qui sont plus du double de la cavité normale. Ces stalactites osseuses périphériques ont des formes très-diverses; quelques-unes de ces stalactites tendent à se pédiculiser, et on comprend comment elles peuvent donner nais-

sance à des corps étrangers articulaires. Ces nouvelles productions en haut et en avant, forment des masses considérables. Dans l'intérieur des deux cavités cotyloïdes, il existait un liquide sero-sanguinolent au milieu duquel nageait un très-grand nombre de corps étrangers osseux, qui évidemment étaient de production nouvelle, et ne pouvaient être considérés comme des débris du sourcil cotyloïdien.

Les têtes fémorales, également dépourvues de cartilages, sont atrophiées, usées, aplaties de haut en bas, le col est très-court; ces têtes nullement en rapport avec la capacité de la cavité cotyloïde, jouaient librement dans ces cavités.

Les parties molles qui recouvraient ces articulations, présentaient l'aspect suivant : le petit fessier se confondait avec la capsule fibreuse de la nouvelle articulation, et son tissu musculaire atrophié, était remplacé par du tissu fibreux. Le muscle psoas était également atrophié, fibreux et contenait dans son épaisseur un certain nombre de noyaux osseux ; le pectiné avait aussi subi la transformation osseuse. Les os, en dehors de la sphère fibreuse articulaire, ont leur volume et leur aspect normal.

(Professeur Cruveilhier, *Soc. Anat.*, 1851, t. XXIX, p. 308.)

N° 561 *d*. -- **Articulation coxo-fémorale ; arthrite sèche.**

Cette pièce appartient au même individu que la précédente n° 561 *c*, et les lésions et déformations sont à peu près identiques.

(Professeur Cruveilhier, 1854.)

N° 562. — Os coxal gauche, avec la partie supérieure du fémur ; arthrite sèche.

La tête fémorale est volumineuse, elle est devenue ovale ; son grand diamètre est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, sa surface est rugueuse, inégale, usée ; dans certains points les cellules du diploé sont à découvert. Cette tête présente à sa partie inférieure, un tubercule en forme de crochet, qui s'engage dans l'échancrure de la cavité cotyloïde. A l'union de la tête avec le col, existe un cercle de végétations osseuses renversées en dehors.

La cavité cotyloïde, très-profonde, a pris également une forme ovalaire, pour s'adapter à celle de la tête ; son diamètre vertical est plus étendu que le transversal ; sa surface rugueuse, inégale, par l'addition de couches osseuses nouvelles, est éburnée dans certains points. Le sourcil cotyloïdien est très-saillant ; le bourrelet

cotyloïdien paraît ossifié. L'échancrure inférieure est conservée. L'emboîtement des surfaces est tel, que les mouvements devaient être à peu près impossibles, à l'exception de ceux d'avant en d'arrière. Les altérations osseuses sont limitées à la sphère d'insertion des tissus fibreux de l'articulation.

N° 563. — Os coxal droit, avec la partie supérieure du fémur; arthrite sèche.

La tête fémorale qui a une forme cylindrique, est allongée, sa surface est rugueuse, inégale, et dans le point d'insertion du ligament rond, existent des végétations osseuses en forme de crochet, qui s'engagent dans l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, ainsi que dans l'échancrure. Le pourtour de la tête au niveau du col, est circonscrit par un cercle osseux saillant.

La cavité cotyloïde est surtout augmentée en profondeur; le sourcil cotyloïdien a acquis en hauteur des proportions considérables, ce qui résulte probablement de l'ossification du bourrelet fibreux cotyloïdien, et des tissus fibreux voisins. L'arrière-fond et l'échancrure sont conservés, mais il n'existe plus de cartilages, et la surface articulaire usée, dépolie, présente à nu le tissu spongieux de ses parois.

N° 564. — Articulation coxo-fémorale; arthrite sèche.

Cette pièce est des plus intéressantes, quoique mal préparée; elle présente une luxation ovalaire qui pourrait être considérée comme traumatique, ou bien consécutive aux altérations si bizarres que l'on rencontre dans l'arthrite sèche, déformante. Il n'existe aucuns renseignements, mais les lésions osseuses me font plutôt supposer qu'il s'agit bien ici d'une arthrite déformante.

La cavité cotyloïde de nouvelle formation, est située dans le trou obturateur qu'elle bouche, elle a sept centimètres de profondeur; l'on y constate encore les diverses phases par lesquelles la cavité cotyloïde a passé. On y distingue assez nettement trois cavités concentriques, les unes aux autres. La première, la plus externe, est formée par la cavité ancienne, intérieurement se trouve une seconde cavité; enfin, on en rencontre une troisième, formant un angle avec les deux précédentes, qui sont presque complétement affaissées par suite de la pression qu'elles ont eu à subir. Cette troisième cavité est constituée par une coque osseuse, qui fait une saillie d'un centimètre et demi dans le bassin, à travers le trou sous-pubien qu'elle oblitère. Les parois de la cavité se confondent en haut avec la branche horizontale du pubis; en bas, elles s'insèrent sur l'ischion et sa branche ascendante; en dedans elles

sont libres et séparées de la branche descendante du pubis, par une petite gouttière vestige du trou obturateur ; toute cette cavité est rugueuse, dépourvue de la lame compacte, les cellules spongieuses sont à nu.

La tête du fémur est déformée, elle est allongée parallèlement à son axe, par suite de dépôts de matière osseuse qui se sont faits à sa partie interne, et lui ont donné un aspect irrégulier ; dans certains points, ces dépôts osseux nouveaux sont encore séparés de l'os ancien. Dans leur partie supérieure, la tête et le col présentent, à considérer, chacun une rainure en forme de poulie et dirigée d'avant en arrière. Celle qui occupe la tête est la plus étendue; elle correspond à la réunion de la cavité interne avec la moyenne ; la seconde rainure, située sur le col, correspond au contraire à l'union de la cavité moyenne avec l'ancienne. Les mouvements articulaires devaient être à peu près impossibles ou au moins très-bornés.

N° 564 a. — Portion d'os coxal du côté droit ; corps étranger articulaire.

La cavité cotyloïde n'est point notablement déformée ; seulement le cartilage d'encroûtement est plus mince, érodé dans certains points; les capsules cartilagineuses sont déformées, et on y trouve une grande quantité d'éléments fibroïdes. Cette altération est ordinaire dans l'arthrite sèche. Dans l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, dans le lieu occupé par le peleton graisseux normal, existe une masse fibreuse de forme ovoïde, qui remplit exactement cette arrière-cavité et adhère sur un des bords de l'échancrure inférieure par un pédicule un peu aplati, qui a environ le volume d'une plume de corbeau. Ce corps étranger met de niveau l'arrière-fond avec le reste de la cavité. Sa surface articulaire est lisse et un peu excavée.

N° 565. — Portion supérieure du fémur droit ; arthrite sèche.

La tête est diminuée de volume, elle a perdu sa forme sphérique, elle est devenue conique ; sa surface est rugueuse et le siége de dépôts partiels de matières osseuses, qui sont surtout abondants au pourtour de la tête avec le col, où ils constituent, sous forme de végétations, un cercle incomplet.

N° 566. — Portion supérieure du fémur gauche ; déformation de la tête fémorale.

La tête du fémur est diminuée de volume, elle est rugueuse, iné-

gale, couverte d'aspérités osseuses, dépourvue de cartilage. Elle est en outre aplatie d'avant en arrière. Son grand diamètre est vertical, et sa partie inférieure présente un tubercule osseux, disposé en forme de crochet, de 1 centimètre 1/2 de long, qui devait être reçu dans l'échancrure de la cavité cotyloïde. Il serait difficile aujourd'hui, en l'absence de tous renseignements, de pouvoir préciser si cette lésion résulte d'un traumatisme ou d'une maladie articulaire primitive.

N° 567. — Portion supérieure du fémur gauche; arthrite sèche.

La tête fémorale, considérablement déformée, a légèrement diminué de volume; elle est aplatie de haut en bas et de dedans en dehors; sa surface est lisse, éburnée, tandis que le pourtour de son insertion au col est enchâssé dans un bourrelet osseux renversé en dehors. Toute cette portion osseuse paraît raréfiée, plus vascularisée.

N° 568. — Portion supérieure du fémur gauche; déformation de la tête fémorale.

La tête fémorale est rugueuse, aplatie légèrement de dedans en dehors ; sa partie moyenne en avant et en haut, présente une rainure circulaire ou poulie assez profonde qui devait recevoir une crête osseuse. Le pourtour de la tête avec le col, principalement en avant et en bas, est entouré d'un cercle osseux renversé en dehors.

N° 569. — Portion supérieure d'un petit fémur droit; déformation de la tête fémorale.

La tête fémorale est fortement aplatie de dedans en dehors et d'avant en arrière; elle semble avoir subi un écrasement; le col a disparu presque complétement, surtout à sa partie antérieure. L'ensemble de la tête fémorale étendue en champignon, forme en dedans une large surface légèrement convexe, qui est rugueuse et devait être dépourvue de cartilage. Dans son plus grand diamètre qui est vertical la tête a 7 centimètres, et 6 dans son diamètre antéro-postérieur. La nature primitive de la lésion est aujourd'hui difficile à déterminer.

N° 570. — Portion supérieure du fémur gauche; arthrite sèche.

La partie postérieure et inférieure de la tête fémorale est

rugueuse, couverte de dépôts de matière osseuse de nouvelle formation, tandis que sa partie supérieure est lisse, éburnée, et présente de nombreux orifices en communication avec le tissu spongieux. La partie antérieure du col, rugueuse, inégale, par suite de nouveaux dépôts osseux, se confond avec la tête.

N° 570 *a*. — Portion supérieure du fémur droit; arthrite sèche.

La moitié antérieure de la tête et du col a été perdue. On constate sur la moitié postérieure de la tête, qui est rugueuse et déformée, que ces rugosités résultent dans certains points de nouvelles couches osseuses, surajoutées à la surface osseuse; dans d'autres, au contraire, d'usures plus ou moins profondes.

N° 571. — Portion supérieure du fémur droit; arthrite sèche.

La tête fémorale légèrement hypertrophiée, est éburnée et lisse. Par suite de l'usure, on y observe un grand nombre de trous qui pénètrent dans le tissu spongieux. Cette tête est limitée à sa circonférence par un cercle de végétations osseuses renversées en dehors, et plus développées surtout à la partie antérieure et inférieure. Les altérations ne paraissent guère dépasser les insertions ligamenteuses.

N° 572. — Portion supérieure du fémur droit; arthrite sèche.

Cet os, qui a été trouvé dans un cimetière, est léger, fragile; son tissu est raréfié. Le col et le grand trochanter sont infléchis à leur base en avant. La tête, lisse, éburnée à sa partie antérieure et supérieure, est rugueuse inégale en arrière, par suite de dépôts osseux nouveaux, et elle est circonscrite au niveau de son col par de nombreuses végétations osseuses renversées en dehors. En avant le corps est couvert de végétations.

N° 573. — Portion supérieure du fémur droit; arthrite sèche.

La tête fémorale, légèrement aplatie de dedans en dehors, lisse, éburnée, présente à son centre de nombreux orifices conduisant dans les cellules spongieuses. A son pourtour elle est héris-

sée de nombreuses végétations renversées en dehors en forme de champignon.

N° 574. — Portion supérieure du fémur droit; arthrite sèche.

La tête du fémur est aplatie de haut en bas, et de dedans en dehors; la dépression qui donne insertion au ligament rond est plus étendue qu'à l'ordinaire, et à l'intérieur de l'os, à cet endroit, existe une cavité. Tout cet os paraît notablement hypertrophié.

N° 574 *a*. — Portion supérieure du fémur droit; lésions osseuses de l'ataxie locomotrice.

Cette pièce provient de la nommée Allard, qui était atteinte d'ataxie locomotrice. Sur ce fémur on constate que la tête a été complétement détruite, avec une partie du col qui est représenté par un petit moignon rugueux. M. Charcot a rapproché ces lésions de l'arthrite sèche.

(Professeur Charcot, *Arch. de physiologie*, 1872, t. IV, p. 371.)

N° 575. — Portion supérieure du fémur gauche; arthrite sèche.

La tête fémorale, très-volumineuse, n'est point cependant notablement déformée ; sa surface qui, est rugueuse dans toute son étendue, par suite de dépôts osseux nouveaux par place, est criblée de trous, qui sont en communication avec le tissu spongieux raréfié et à larges cellules. A son pourtour, la tête est limitée par un cercle osseux peu considérable, renversé en dehors. Cette pièce provient d'un cimetière.

N° 575 *a*. — Portion supérieure du fémur gauche, dont la tête est incrustée de dépôts tophacés d'urate de soude.

(Professeur Charcot, 1874.)

N° 576. — Rotule; hydropisie de la bourse séreuse pré-rotulienne.

Sur cette pièce on constate que la bourse séreuse pré-rotulienne, a été très-dilatée par une accumulation de liquide. Sa

partie antérieure a été incisée verticalement, et dans l'intérieur de la cavité on trouve une assez grande quantité de dépôts fibrineux décolorés, qui adhèrent par des tractus aux parois de cette poche. Il est probable que ces dépôts résultent d'un hygroma avec épanchement de sang.

(M. Maisonneuve.)

N° 576 *a*. — Rotule; hydropisie de la bourse séreuse pré-rotulienne.

La bourse séreuse pré-rotulienne est très-dilatée, et devait contenir un liquide, au sein duquel se sont développées des brides fibreuses, qui vont d'une paroi à l'autre et cloisonnent incomplétement la cavité.

(Professeur Dolbeau, 1855.)

N° 576. *b*. — Kyste hématique du volume d'une grosse orange, développé dans la bourse pré-rotulienne.

Cette pièce provient d'une femme de 44 ans, cuisinière, qui, sans cause connue, avait remarqué le début de cette affection dix ans avant l'ablation. Le kyste a été fendu verticalement à sa face postérieure, et a laissé écouler un liquide d'un brun rougeâtre dans lequel nageaient des détritus blanchâtres. Aujourd'hui on constate qu'il adhère aux parois de la bourse séreuse, très-épaissie, un grand nombre de dépôts fibrineux, décolorés, jaunâtres, lesquels donnent à cette paroi interne un aspect très-rugueux.

(M. Huguier, *Soc. de chir.*, 1857, t. VIII, p. 141.)

N° 576 *c*. — Modèle en plâtre représentant le relief de la tumeur précédente, n° 576 *b*. avant son extirpation.

(M. Huguier, 1857.)

N° 577. — Portion inférieure du fémur gauche; kyste de la partie postérieure de l'articulation du genou.

Il existe sur cette pièce, dans le point qui correspond au creux poplité, une petite tumeur ovoïde du volume d'une noix; elle est insérée à la partie supérieure de l'espace intercondylien, et se continue par un pédicule très-étroit à travers le ligament postérieur, jusque dans la synoviale articulaire. Le pédicule est obli-

téré. Le kyste, dont les parois sont séro-celluleuses, contenait un liquide rosé filant. L'articulation du genou est normale.
(M. Foucher. *Soc. anat.*, 1843, t. XXVIII, p. 446.)

N° 578. — Portion inférieure du fémur et supérieure du tibia gauche; arthrite sèche.

Les extrémités articulaires du fémur et du tibia sont volumineuses, légèrement hypertrophiées. Le pourtour des surfaces articulaires est circonscrit pour les deux os, par des dépôts osseux de nouvelle formation, qui sont sous la forme de petits tubercules plus ou moins arrondis; ils rappellent la disposition des corps étrangers articulaires, dont ils sont un des modes de formation. Ces dépôts osseux pour les deux os, sont plus développés sur le côté interne. Le condyle interne du tibia est bordé en avant, d'une crête osseuse, qui me paraît résulter de l'ossification du cartilage semilunaire de ce côté. Les épines du tibia qui donnent insertion aux ligaments interarticulaires, présentent également des végétations osseuses. Les surfaces articulaires étaient encore en grande partie revêtues de cartilage.
(Professeur Cruveilhier.)

N° 578a. — Portion inférieure du fémur et supérieure du tibia gauche; arthrite sèche.

La surface articulaire du tibia présente 8 centimètres et demi de diamètre transverse et 6 d'avant en arrière. La surface articulaire interne a diminué d'étendue, mais a conservé sa direction normale; elle présente des tubercules rugueux, surtout en avant et en arrière. L'externe est au contraire augmentée dans tous ses diamètres, elle est inclinée d'arrière en avant et de dedans en dehors ; sa surface est lisse et polie comme du marbre dans sa moitié postérieure; elle doit cet aspect à une éburnation. La partie antérieure est limitée par une espèce de crête saillante circulaire, qui résulte très-probablement de l'ossification du cartilage semi-lunaire.

Les condyles du fémur sont augmentés de volume et déformés; transversalement ils présentent 10 centimètres et 7 d'avant en arrière. Leur pourtour articulaire dans toute l'étendue, est bordé de nombreuses végétations renversées en dehors en forme de champignon. Leur surface articulaire dépourvue de cartilage est rugueuse, inégale, excepté la partie postérieure du condyle externe. En dehors des insertions ligamenteuses, les os ne présentent point d'altérations notables.
(Professeur Cruveilhier.)

N° 578 *b*. — Portion inférieure du fémur, avec la partie supérieure du tibia droit et la rotule; arthrite sèche.

Le condyle interne du tibia est peu altéré. La surface articulaire de l'externe est beaucoup plus étendue dans ces divers diamètres, et plus plane que dans l'état normal, elle est limitée par une couronne de végétations osseuses.

Le fémur est très-déformé dans ses deux condyles; l'interne est le moins altéré, quoiqu'il soit circonscrit par une couronne de végétations osseuses renversées en dehors et en haut. L'externe est situé beaucoup plus haut que l'interne; sa surface, au lieu d'être arrondie, est aplatie. L'étendue de la surface articulaire est augmentée par l'addition de dépôts de substance osseuse. La rotule déplacée et déformée, est plus en dehors qu'à l'état normal, et ne présente qu'une surface articulaire.

N° 578 *c*. — Portion inférieure du fémur, avec la partie supérieure du tibia gauche et la rotule; usure des surfaces articulaires.

Les os sur cette pièce sont dans un mauvais état de conservation; on constate cependant sur le fémur une déformation assez considérable de la portion articulaire avec la rotule, qui est éburnée, rayée verticalement. La rotule, située plus en dehors que de coutume, présente une altération identique à celle du fémur.

N° 578 *d*. — Articulation du genou droit; arthrite sèche.

Sur cette pièce, conservée dans l'alcool, la rotule a été renversée de haut en bas, et l'on constate un élargissement des surfaces articulaires du fémur et du tibia. Les ligaments interosseux sont en grande partie détruits. Les cartilages d'encroûtement très-amincis, sont profondément altérés dans leur structure : dans certains points ils manquent même complétement. Le pourtour des surfaces articulaires des condyles fémoraux, surtout à la partie antérieure, est délimité par une couronne de végétations osseuses encore peu développées; la surface articulaire de la rotule présente des érosions assez profondes. Cette pièce peut être considérée comme un exemple type d'arthrite sèche à son début.

N° 578 e. — Portion inférieure du fémur droit et supérieure du tiba, avec la rotule; lésion de l'ataxie locomotrice.

Cette pièce, qui provient d'une femme atteinte d'ataxie locomotrice, appartient à la même personne que la pièce n° 574 *a*; tous ces os semblent avoir éprouvé un certain degré d'atrophie, avec une raréfaction du tissu compacte et spongieux. L'articulation du genou a subi des déformations, des usures considérables, qui rappellent assez bien celles de l'arthrite sèche, et que M. Charcot, pour cette raison, appelle arthrite sèche des ataxiques.

Les condyles du fémur dépourvus de leur cartilage, sont profondément usés ; vus par leurs faces postérieures, ils représentent une surface unique, oblique de haut en bas, d'arrière en avant, et concave dans le sens transversal, le condyle externe est beaucoup plus usé et altéré que l'interne. On observe au pourtour des surfaces articulaires de nombreuses végétations périostiques, et une assez volumineuse disposée en forme de crochet, s'observe au niveau de la bifurcation inférieure de la ligne âpre.

La partie articulaire supérieure du tibia est aussi profondément déformée; on ne retrouve plus qu'une partie très-limitée de sa surface articulaire qui correspond à la partie interne et postérieure du condyle interne. Cette extrémité articulaire est profondément usée obliquement de haut en bas, d'arrière en avant et un peu de dedans en dehors. C'est sur cette surface oblique, que viennent reposer les condyles fémoraux qui ont éprouvé un léger mouvement de rotation sur leur axe de dehors en dedans. De nombreuses rugosités osseuses existent à la partie supérieure du tibia.

La rotule très-atrophiée ne correspondait plus qu'indirectement avec le fémur.

(Professeur Charcot et M. Pierret, *Arch. de phys.* 1872, t. IV, p. 271.)

N° 578 f. — Articulation du genou droit; arthrite sèche.

Sur cette pièce la cavité articulaire externe du tibia est plus profonde que l'interne, ce qui donne lieu à une déviation en dedans et constitue un état cagneux du genou. De plus, son plan est oblique de haut en bas, d'arrière en avant et de dedans en dehors; aussi le condyle externe du fémur, au lieu de toucher la cavité glénoïde correspondante dans toute son étendue, s'appuie seulement sur celle-ci, de façon à donner au genou une direction angulaire à sinus dirigé en dehors.

Les surfaces articulaires du fémur et du tibia sont augmentées

dans tous les sens, les cartilages sont érodées, et ont en grande partie disparu. Les surfaces articulaires présentent même, dans certains points, des dépôts osseux nouveaux, qui sont surtout accusés sur le pourtour des surfaces articulaires du fémur, où elles constituent une couronne de végétations renversées en dehors et relevées en haut. Le ligament croisé antérieur a été complétement détruit, et le postérieur est tout à fait rudimentaire. La surface articulaire de la rotule est légèrement déformée, planiforme et presque dépourvue de cartilage.

(M. Lannelongue, *Soc. Anat.*, 1878, 2e série, t. XV, p. 15.)

N° 578 *g*. — Articulation du genou droit; arthrite sèche.

Il existait sur cette pièce à l'état frais, un diastasis considérable de l'articulation du genou, qui a porté le condyle fémoral interne en dedans et en arrière ; il dépasse dans ces deux directions celui du tibia. La rotule se trouve correspondre avec le condyle externe seul.

Le condyle interne du tibia, moins altéré que l'externe, est encore recouvert d'une lame cartilagineuse, qui est plus mince qu'à l'état normal. L'externe est à peu près complétement dépourvu de cartilage; la surface articulaire, mise à nu, présente d'avant en arrière une dépression qui loge le bord du condyle externe du fémur. Les altérations que l'on observe sur le fémur sont à peu près identiques à celles du tibia. Les ménisques ont considérablement diminué d'épaisseur et de largeur.

Le pourtour des surfaces articulaires est hérissé de petites végétations osseuses pédiculées ; à l'état frais, il en existait un certain nombre qui adhéraient aux prolongements synoviaux, et qui flottaient au milieu de l'articulation.

(M. Follin, *Soc. anat.*, 1849, t. XXIV, p. 223.)

N° 578 *h*. — Articulation du genou droit; arthrite sèche.

Les altérations que présente cette articulation sont très-prononcées. Les extrémités articulaires du fémur et du tibia sont notablement augmentées de volume, et déformées. Le condyle interne du fémur est beaucoup plus volumineux que l'externe ; ils sont tous deux dépourvus de cartilage ; leur surface rugueuse, inégale dans certains points par suite de dépôts osseux, est lisse, éburnée dans d'autres. Le pourtour des surfaces articulaires, surtout à la partie antérieure, est délimité par un bourrelet de végétations osseuses considérables, renversées de bas en haut.

Les surfaces articulaires du tibia sont moins profondément déformées que celles du fémur; les ligaments croisés manquent,

les cartilages articulaires sont très-amincis, et les ménisques rudimentaires. En arrière du condyle interne du fémur, existe un cul de sac de la capsule articulaire, qui loge dans sa cavité un corps étranger articulaire du volume d'une noix.

(Professeur Malgaigne.)

N° 578 *i*. — Articulation du genou gauche; arthrite sèche.

Cette articulation est profondément altérée, les surfaces articulaires du fémur et du tibia sont déformées et augmentées de volume. Le condyle interne du fémur est notablement plus hypertrophié que l'externe, et il dépasse en dedans la surface articulaire. Cette augmentation résulte surtout de l'hypertrophie de la tubérosité du condyle, plutôt que des surfaces articulaires mêmes. Quoique les diamètres du genou soient augmentés dans tous les sens, le diamètre transversal est prédominant; il a dix centimètres. Les surfaces articulaires du fémur et du tibia sont en grande partie dépourvues de cartilage d'encroûtement, usées et éburnées même dans certains points. Ces altérations sont plus accusées sur le fémur que sur le tibia; les ligaments croisés sont détruits, et les ménisques atrophiés.

Le pourtour des surfaces articulaires, en particulier celles du fémur et surtout à la partie antérieure, sont délimitées par une couronne de végétations osseuses, en forme de goutte de cire et renversées en dehors. Autant que l'on peut en juger sur les portions osseuses qui avoisinent, les altérations paraissent assez bien délimitées aux points d'insertion des éléments fibreux de l'articulation.

(Professeur Malgaigne.)

N° 578 *j*. — Articulation du genou droit; arthrite sèche.

Cette articulation est profondément altérée, les surfaces condyliennes du fémur sont en grande partie détruites, la destruction est plus prononcée sur le condyle externe, qui ne forme plus qu'une espèce de moignon arrondi, tandis que l'interne a à peu près son volume normal; la gouttière intercondylienne n'existe plus qu'en arrière.

Les surfaces articulaires du tibia sont représentées par une excavation ovalaire, oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Toutes ces surfaces articulaires sont dépourvues de cartilage, rugueuses, inégales, et les parties osseuses qui les constituent ont une grande densité. Le pourtour des portions articulaires de ces os, surtout le fémur, présente d'énormes végétations osseuses de formes variables, quelques-unes sont même

en grande partie pédiculisées, renversées en dehors et disposées en goutte de cire.

On trouve dans les tissus fibreux péri-articulaires un grand nombre de corps étrangers osseux; les uns étaient libres, les autres adhérents par des pédicules fibreux. Malgré cette altération profonde de l'articulation, les parties osseuses situées en dehors des éléments fibreux péri-articulaires ont à peu près conservé leur aspect normal. La lésion est limitée à l'articulation.

(M. Bouvier, 1861.)

N° 578 *k*. — Articulation du genou gauche; arthrite sèche.

Même individu que la pièce précédente n° 578 *j*.

L'articulation est profondément déformée; les condyles du fémur sont dépourvus de leurs cartilages, usés; l'usure est si profonde que la gouttière intercondylienne n'existe plus en avant. Cette usure est cependant plus prononcée sur le condyle externe. Le pourtour de la partie articulaire du fémur est délimité par une couronne de végétations considérables, renversées en dehors et dirigées en haut. Ces végétations sont surtout prononcées à la partie antérieure, où elles constituent sur certains points des corps étrangers osseux, presque libres.

La partie articulaire du tibia est complétement détruite; c'est à peine si on en retrouve la trace à la partie antérieure. Elle est représentée par une surface légèrement concave presque plane, et très-obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans. Cette surface, qui est creusée dans la partie interne du tibia, est produite par une usure profonde de cet os; elle a une hauteur de sept centimètres, et c'est sur cette nouvelle surface que viennent reposer les condyles fémoraux. On trouve dans cette nouvelle articulation un grand nombre de corps étrangers osseux de volume variable, les uns libres, les autres adhérents, qui me paraissent plutôt résulter de nouvelles productions que de débris de l'os ancien. L'altération osseuse, quoique profonde, paraît assez bien limitée aux insertions fibreuses de l'articulation.

(M. Bouvier, 1861.)

N° 578 *l*. — Moitié inférieure du fémur droit, avec la partie supérieure du tibia, du péroné et de la rotule; arthrite sèche.

Cette pièce provient d'un homme de 52 ans, qui depuis de longues années présentait une déformation du genou avec tumeur considérable; il se fractura, 61 jours avant sa mort, le fémur à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. Cet homme mourut subitement, et on constate qu'il existe un chevauchement

considérable des fragments ; le supérieur est placé en avant de l'inférieur. La consolidation est peu avancée ; on voit cependant dans les tissus fibreux du cal, des dépôts osseux nouveaux assez considérables.

L'articulation du genou est profondément déformée ; elle présente à sa partie moyenne dépouillée des parties molles, une circonférence de 37 centimètres. Cette augmentation de volume résulte de deux causes : 1° d'une hypertrophie considérable des extrémités articulaires du fémur et du tibia, et particulièrement de la partie interne du condyle de ces deux os : les surfaces articulaires se correspondent encore assez exactement ; 2° d'un développement de végétations osseuses, qui forment d'énormes masses adhérentes aux os, mais qui englobent de toutes parts les extrémités articulaires. Ces productions osseuses nouvelles sont plus accusées à la partie interne et postérieure, qu'au niveau des condyles externes. Quelques-unes de ces végétations, greffées les unes sur les autres, tendent à se pédiculer, et permettent de voir comment, à un moment donné de leur évolution, elles peuvent devenir libres. L'articulation n'a point été ouverte, et cette énorme production de dépôts osseux nouveaux est assez bien délimitée aux extrémités articulaires. Sur cette pièce cependant, les os paraissent plus vascularisés qu'à l'état normal, ce qui pourrait résulter de la fracture, le malade étant mort à une époque assez rapprochée de son accident.

(Professeur Vulpian, 1871.)

N° 579. — Portion supérieure du fémur gauche; fracture du cartilage articulaire du condyle interne, donnant lieu à un corps étranger.

Cette pièce provient d'une femme de 50 ans, qui, pour mettre un terme à ces souffrances, s'est précipitée par une fenêtre à l'hôpital de la Pitié. La mort a été instantanée.

Outre la lésion articulaire qui doit seule nous occuper ici, il existait une fracture très-étendue des os de la voûte du crâne, et même de la base.

Les lésions du genou gauche, consistaient dans une fracture comminutive de la rotule. On constate, comme cela se voit sur la pièce, une fracture très-nette du cartilage qui revêt la surface antérieure du condyle interne du fémur. Un fragment de cartilage à peu près carré, d'un centimètre de côté, s'est complétement détaché : devenu libre il flottait dans l'articulation. Le condyle est intact. Ce décollement du cartilage diarthrodial, paraît s'être opéré sous la pression exercée par l'un des fragments de la rotule, lequel a agi à la façon d'un instrument moitié tranchant, moitié contondant.

(M. Tarnier, *Soc. Anat.*, 1855, t. XXX, p. 194.)

N° 580. — Articulation du genou droit; corps étranger articulaire.

Cette pièce a été très-bien préparée, comme articulation du genou; mais l'articulation qui n'est point déformée n'a point été ouverte. On constate qu'il existe dans ce genou, un corps étranger, probablement osseux, du volume d'une grosse noisette, et dont la surface est rugueuse, inégale, granulée. Ce corps étranger est situé à la partie antérieure de l'articulation, à la partie externe du ligament rotulien, au-dessus de l'épine du tibia, dans l'espace que laissent entre eux, en avant, le condyle du fémur et la partie antérieure de la cupule externe du tibia dans l'extension. Ce corps étranger était mobile.

(Prof. Jarjavay, 1868.)

N° 580 *a*. — Deux corps étrangers articulaires du genou.

Ces deux corps étrangers sont isolés : l'un est cartilagineux, l'autre crétacé. Celui qui est catilagineux, aplati, lenticulaire, a un diamètre de 1 centimètre et demi. Le second, plus volumineux, allongé, a dans son grand axe 3 centimètres et demi et 1 centimètre transversalement.

(Prof. Jobert de Lamballe.)

N° 580 *b*. — Corps étranger volumineux de l'articulation du genou.

Ce corps étranger fibreux est aplati, lisse d'un côté, rugueux, inégal de l'autre; il a environ 4 centimètres dans un sens et 5 dans l'autre sur 1 centimètre et demi d'épaisseur.

(Prof. Jobert de Lamballe.)

N° 581 — Portion inférieure du fémur gauche; dépôts tophacés.

Les surfaces articulaires de l'articulation du genou sont recouvertes de nombreux dépôts tophacés, disposés sous forme de petits grains, et à la partie antérieure qui correspond à la rotule, sous forme de plaque qui fait un léger relief.

(Prof. Charcot, 1874.)

N° 581 *a*. — Portion inférieure du fémur gauche; dépôts tophacés.

Les surfaces articulaires du fémur sont recouvertes de nombreux dépôts tophacés, disposés sous forme de petits grains et qui forment une couche relativement assez épaisse.
(Prof. Charcot, 1874.)

N° 581 *b*. — Portion inférieure du fémur et rotule droite; rhumatisme goutteux.

Ces pièces proviennent d'un ancien magistrat qui a succombé à l'âge de 53 ans. La première attaque de goutte est survenue à 32 ans; elle a d'abord affecté le poignet gauche; plus tard le gros orteil et enfin toutes les articulations. On constate que les surfaces articulaires du fémur et de la rotule, sont recouvertes d'une couche blanche crayeuse d'urate de soude, d'un aspect grenu, et dans certains points assez épaisse. Ces dépôts crayeux se retrouvent à une assez grande hauteur en dehors des surfaces articulaires, dans les tissus fibreux.

Il existait en outre chez cet individu, des concrétions tophacées dans le lobule de l'oreille, et dans les bourses séreuses olécrâniennes, où elles formaient une tumeur du volume d'un marron. Le premier métatarsien avec l'orteil correspondant portent le n° 583 *e*.
(M. Bouilly, *Soc. Anat.*, 1872, 2e série, t. XVII, p. 275.)

N° 581 *c*. — Plateau supérieur du tibia droit, qui est constitué par les deux facettes articulaires; goutte.

Les deux surfaces articulaires tibiales sont, dans presque toute leur étendue, recouvertes d'une couche assez épaisse de dépôts tophacés d'urate de soude, d'un aspect grenu.
(Prof. Charcot, 1874.)

N° 581 *d*. — Rotule; goutte.

La surface articulaire de la rotule est recouverte d'une couche assez épaisse de dépôts tophacés d'urate de soude, et cela dans toute l'étendue.
(Prof. Charcot, 1874.)

N° 582. — Portion inférieure du tibia gauche ; fracture et arthrite sèche.

La surface articulaire tibiale est profondément déformée; elle présente des dimensions en tous sens, qui dépassent de près d'un tiers l'articulation normale. On distingue sur cette articulation trois surfaces articulaires lisses qui devaient, à l'état frais, être encroûtées de cartilage ; l'une de ces faces correspond à la malléole interne, la seconde est située en avant, la troisième en arrière. Elles circonscrivent un espace losangique, rugueux, dans lequel on distingue plusieurs trous qui pénètrent dans le diploé.

Ces altérations résultent évidemment d'une fracture située près de l'articulation et consolidée; le fragment inférieur a été écrasé, divisé en trois fragments principaux, et consécutivement il s'est développé dans cette articulation des déformations qui peuvent être rapprochées de celles de l'arthrite sèche.

N° 582 *a*. — Tibia, péroné, astragale et calcanéum gauche; arthrite sèche.

La mortaise tibio-artragalienne n'existe plus ; à sa place on trouve pour l'astragale une large surface légèrement convexe transversalement, rugueuse, inégale, qui a 6 centimètres de diamètre antéro-postérieur, et autant dans son diamètre transversal. Cet agrandissement semble résulter de l'affaissement de l'astragale, et du développement périphérique d'un grand nombre de stalactites osseuses. Du côté du tibia on trouve une vaste cavité légèrement concave de dedans en dehors, qui résulte d'une hypertrophie notable de l'extrémité inférieure de cet os, et de stalactites osseuses situées à la partie antérieure et postérieure. Cette altération me paraît devoir se rapporter aux déformations spéciales de l'arthrite sèche, lésion rare dans cette articulation. L'articulation du scaphoïde avec le calcanéum est ankylosée.

(Prof. Jarjavay, 1868.)

N° 583. — Portion articulaire supérieure de l'astragale; goutte.

Sur cette pièce les surfaces articulaires de l'astragale, dans toute leur étendue, sont incrustées de dépôts assez épais de cristaux d'urate de soude.

(Prof. Charcot, 1874.)

N° 582 *a*. — Concrétions tophacées provenant d'un ulcère goutteux de l'articulation tibio-tarsienne.

(Prof. Charcot, 1874.)

N° 582 *b*. — Calcanéum gauche ; arthrite sèche.

L'articulation astragalo-calcanéenne postérieure, présente une altération de son cartilage d'encroûtement, et dans une largeur d'un centimètre il existe une usure, une érosion assez profonde. La synoviale à ce niveau était très-vasculaire, et présentait un grand nombre de franges. Il existait aussi dans cette articulation un corps étranger osseux.

(Prof. Broca, *Soc. Anat.*, 1851, t. XXVI, p. 187.)

N° 582 *c*. — Scaphoïde du pied du côté droit ; corps étranger cartilagineux par suite de nécrose.

Cette pièce a été recueillie sur une femme de 40 ans, dont toutes les articulations étaient saines. La nécrose occupe la partie centrale de la face postérieure et concave du scaphoïde; le point mortifié se distingue du reste du cartilage normal, par la présence d'une tache jaunâtre, circonscrite par une ligne sombre un peu déprimée, de sorte que le séquestre est déjà cerné par une rainure.

Le séquestre est complétement détaché par sa face profonde, et la ligne de démarcation s'est établie en plein cartilage. De plus le travail d'élimination a déjà commencé à s'effectuer de la profondeur vers la surface.

L'examen microscopique a donné à M. Broca les résultats suivants : Dans le séquestre du tissu fibreux, dans la gangue beaucoup de matière grenue, avec d'énormes cavités presque sphériques, ayant jusqu'à $0^{m}07$. Autour du séquestre dans les points qui ont été le siége du travail d'élimination, l'altération de structure est beaucoup moins prononcée ; il y a absence de tissu fibreux. Les cavités cartilagineuses sont encore beaucoup plus grandes qu'à l'état normal, mais elles sont cependant bien inférieures à celles du séquestre.

(Prof. Broca, *Soc. Anat.*, 1851, t. XXVI, p. 185.)

N° 582 *d*. — Scaphoïde du pied droit ; corps étranger cartilagineux par suite de nécrose.

Cette pièce provient d'un homme d'environ quarante ans qui présentait plusieurs articulations atteintes d'arthrite sèche.

Au centre du scaphoïde à sa face postérieure et concave, se remarque à l'œil nu une teinte jaune à peu près losangique, large de 0m04, et parfaitement lisse. Cette tache est entourée par une ligne d'une couleur plus sombre, et en dehors de laquelle on retrouve l'aspect normal du cartilage.

Une coupe antéro-postérieure du scaphoïde, pratiquée en ce point, montre que cette tache n'est autre chose que la surface libre d'une portion du cartilage frappé de mort. La mortification n'occupe, à partir de la surface libre, que la moitié de l'épaisseur du cartilage; la face profonde du séquestre est au contraire entièrement détachée. Mais le séquestre tient encore par ses bords au cartilage adjacent. La surface du séquestre est rigoureusement sur le même niveau que le reste du cartilage normal, et la ligne un peu sombre qui établit la démarcation n'est ni saillante ni déprimée.

L'examen microscopique a donné le même résultat que pour la pièce précédente n° 583 *c*.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1851, t. XXVI, page 185.)

N° 583 *e*. — Premier métatarsien, avec le gros orteil du côté droit; goutte.

Cette pièce provient du même individu que la pièce n° 581 *b*. Les articulations ainsi que les tissus fibreux péri-carticulaires, sont envahis par des dépôts tophacés crayeux et grenus d'urate de soude.

(M. Bouilly, *Soc. Anat.*, 1872, 2e série, t. XVII, p. 275.

CHAPITRE XVI

Caries des Articulations.

Les caries articulaires appartiennent plus spécialement que l'arthrite sèche, aux lésions des articulations que l'on désigne sous le nom de tumeurs blanches. Les pièces de cette section sont au nombre de cinquante-huit, du n° 584 au n° 612 inclusivement.

La nature de la lésion laisse seulement beaucoup à désirer; la plupart de ces pièces ayant été données sans renseignements, il est aujourd'hui impossible de pouvoir déterminer si la carie est primitive ou consécutive à une tuberculisation osseuse. Chaque fois que l'on rencontre, au centre de la carie, une cavité plus ou moins profonde, on est tenté de la considérer comme preuve de la nature tuberculeuse de l'altération osseuse, mais on sait aujourd'hui que les tubercules des os sont loin d'être aussi communs que l'avait pensé M. Nélaton, et qu'une infiltration purulente du tissu osseux avec nécrose partielle, peut produire au sein du tissu osseux, une cavité qui peut tromper sur la nature primitive de la lésion. Pour que toutes ces pièces, au point de vue de la nature de l'altération, aient une valeur réelle, il aurait fallu pour la plupart des renseignements plus positifs, et un examen microscopique.

Je diviserai ces pièces en : 1° caries des articulations de la colonne vertébrale et de la mâchoire inférieure; 2° caries des articulations des membres supérieurs ; 3° caries des articulations des membres inférieurs.

ARTICLE PREMIER.

CARIES DES ARTICULATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE ET DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

Cinq pièces seulement se rapportent à cet ordre de lésions. Les premières, nos 584, 584 *a*, 584 *c*, sont des exemples de caries des articulations de la colonne vertébrale, et elles se rapportent toutes à la région cervicale. La pièce n° 584 *d* est un exemple de sacro-coxalgie. La pièce n° 584 *c* est un moule en plâtre, représentant l'attitude de la tête dans une lésion des premières vertèbres cervicales. La pièce n° 585 est un exemple de carie de l'articulation temporo-maxillaire.

N° 584. — Tronçon de colonne vertébrale formé par les quatre premières vertèbres cervicales; carie.

Sur cette pièce, l'apophyse odontoïde est en grande partie détruite par la carie; la lésion s'étend dans le canal rachidien, à la face postérieure de l'axis qui est érodée. La dure-mère paraît intacte. Cette pièce est sans renseignements.

N° 584 *a*. — Tronçon de colonne vertébrale formé par la portion basilaire de l'occipital et le corps des six premières vertèbres cervicales; carie.

Cette pièce provient d'une femme de 77 ans, qui, en 1864, en se réveillant, s'est aperçue que son bras et sa jambe droite étaient paralysés, la sensibilité était conservée. Cette malade a succombé le 7 janvier 1874.

Toute la moitié gauche du pourtour du trou occipital est envahie par la carie, l'altération se continue en dehors et en arrière du trou condylien antérieur. La surface articulaire du condyle occipital droit, présente des pertes de substance de son cartilage au milieu seulement. La moitié gauche de la face postérieure de l'arc antérieur de l'atlas est cariée. Il y a destruction absolue des apophyses articulaires et transverses de l'axis du côté droit; la surface articulaire gauche est cariée sur sa circon-

férence. La surface articulaire supérieure droite de la troisième vertèbre cervicale a disparu ; la partie antérieure et supérieure de l'apophyse transverse du même côté est cariée.
(M. Moustapha, *thèse*, 1874, p. 27.)

N° 584 *b*. — Tronçon de colonne vertébrale formé par six vertèbres cervicales à partir de l'axis ; arthrite déformante unilatérale droite.

La lésion porte sur les surfaces articulaires des vertèbres cervicales, chez un jeune sujet qui était atteint de rhumatisme articulaire chronique général.
(Professeur Charcot, 1874.)

N° 584 *c*. — Modèle en plâtre représentant l'attitude d'un malade atteint d'une luxation latérale de la tête.

Cette lésion est survenue à la suite d'une carie des premières vertèbres cervicales.
(Professeur Malgaigne.)

N° 584 *d*. — Moitié latérale droite du sacrum, avec la dernière vertèbre lombaire et la partie postérieure de l'os iliaque ; sacro-coxalgie.

Cette pièce a été recueillie sur un jeune homme, qui présenta d'abord dans la partie supérieure gauche de la fesse une tumeur fluctuante, sur laquelle on fit un badigeonnage iodé, puis on appliqua un vésicatoire. Plusieurs séries de ponctions furent faites ensuite ; elles amenèrent un soulagement momentané, le pus reparut et on y fit de nouvelles ponctions au nombre de cinq à six.

Bientôt après apparut une seconde tumeur au niveau de la masse sacro-lombaire qui fut ouverte, et dans laquelle on passa un drain. Une amélioration momentanée s'étant produite le malade fut envoyé à Vincennes, d'où il ne tarda point à revenir, et M. Verneuil diagnostiqua une arthrite vertébrale. L'auscultation à cette période donna des signes de tuberculation pulmonaire ; il se développa également des tubercules dans le testicule et l'épididyme gauche.

On constate sur cette pièce qu'il existe une altération profonde, avec érosion des surfaces articulaires de l'articulation sacro-coxale ; une plaque de nécrose éburnée assez large, existe sur la surface articulaire iliaque. En arrière, il existe entre le sacrum et l'os iliaque, une ouverture oblongue qui était en communication

avec le premier abcès, abcès fessier ; un second foyer avait fusé dans la gaîne du psoas, un troisième avait passé par l'échancrure sciatique.

(M. Verneuil, 1876.)

N° 585. — Portion du temporal du côté gauche; carie tuberculeuse de l'articulation temporo-maxillaire.

Cette affection, qui a été considérée comme de nature tuberculeuse, paraît avoir débuté à l'intérieur du rocher, au niveau des canaux demi-circulaires. Un tubercule a détruit un de ces conduits, en attaquant la paroi supérieure du rocher. Au niveau de la caisse, il s'est développé probablement un autre tubercule qui a érodé toute la partie supérieure et postérieure de la caisse, et a même entamé une partie de la région mastoïdienne à l'endroit où les cellules communiquent avec la caisse. Cette affection, se développant aussi en avant, a détruit une partie de la cavité glénoïde.

Article 2.

CARIE DES ARTICULATIONS DU MEMBRE SUPÉRIEUR.

Les pièces de carie du membre supérieur sont au nombre de vingt et une ; quatre, n^{os} 586, 586 *a*, 586 *b*, 586 *c*, sont relatives à l'articulation scapulo-humérale; quatorze, du n° 587 au n° 599 *a*, à des caries de l'articulation du coude; trois, n^{os} 600, 600 *a*, 600 *b*, à des caries des articulations du poignet et de la main.

N° 586. — Omoplate et portion supérieure de l'humérus du côté gauche; carie de l'articulation scapulo-humérale.

La tête de l'humérus est creusée de deux vastes cavités, dont le fond est lisse et les parois, quoique formées de tissu spongieux, très-denses. La tête de l'humérus est transformée en une espèce de coque osseuse, incomplète en arrière, et cloisonnée à son centre. Il est très-probable que ces vastes cavités renfermaient de

la matière tuberculeuse. A la partie antérieure, au niveau de la grosse tubérosité, se rencontrent deux petites cavités superficielles, qui appartenaient très-probablement aussi à des tubercules.

La cavité glénoïde, dépouillée de son cartilage, est rugueuse, inégale, et présente deux dépressions, dont une assez étendue occupe la partie supérieure. L'altération osseuse est bornée aux surfaces articulaires qui auraient pu être réséquées.

(M. Poumet.)

N° 586 *a*. — Articulation scapulo-humérale droite; carie.

Cette pièce provient d'un homme de 34 ans, qui succomba à une phthisie pulmonaire; la lésion du bras datait, au moment de la mort, de quatre ans. Tous les muscles de l'épaule étaient manifestement atrophiés.

La tête de l'humérus est dépourvue de cartilage; sa surface est celluleuse, aréolaire, par suite de la destruction de sa lame compacte. Entre la tête et la grosse tubérosité existe un enfoncement conique, verticalement dirigé, se continuant avec la coulisse bicipitale.

La cavité glénoïde est aussi dépourvue de cartilage, érodée et présente à son sommet, au niveau de la base de l'apophyse coracoïde, une cavité multiloculaire, dans laquelle devait être renfermée de la matière tuberculeuse.

(M. Chavignez, *Soc. Anat.*, 1837, t. XII, p. 190.)

N° 586 *b*. — Clavicule, omoplate et portion supérieure de l'humérus du côté droit; carie de l'articulation acromio-claviculaire et scapulo-humérale.

La cavité glénoïde, profondément usée, érodée, dépourvue de son cartilage, présente à sa partie postérieure une perforation arrondie, par laquelle la suppuration avait gagné la fosse sous-épineuse. A ce niveau l'omoplate est rugueux, inégal, et présente des végétations osseuses sous-périostiques.

La tête humérale, aplatie latéralement, dépourvue également de cartilage, est profondément altérée, les cellules osseuses du tissu spongieux sont complétement à nu. La lésion articulaire est moins bien délimitée que sur les pièces précédentes; nous avons déjà vu comment elle avait gagné la fosse sous-épineuse. A la partie supérieure elle paraît avoir gagné la face inférieure de l'acromion et s'être étendue sur le tiers externe du bord antérieur de la clavicule qui est rugueux. L'articulation acromio-claviculaire est aussi profondément atteinte.

N° 586 c. — Omoplate et humérus du côté gauche; carie de l'articulation scapulo-humérale.

La cavité glénoïde déformée, irrégulière, est circonscrite extérieurement par des végétations osseuses qui en augmentent l'étendue. Le milieu de la cavité est perforé dans l'étendue de 3 centimètres de profondeur sur 1 centimètre de largeur. L'apophyse coracoïde à sa face inférieure est elle-même très-rugueuse, et présente à son bord externe une petite apophyse longue de 1 centimètre, qui, à sa base, présente une surface articulaire qui était unie à la tête humérale.

La tête de l'humérus est aplatie de dedans en dehors, ce qui résulte de la destruction de la tête par la carie. On y constate plusieurs cavités. Deux d'entre elles sont remarquables par leur forme arrondie, qui dénote la présence de l'affection tuberculeuse. Le corps de l'humérus est le siége, à sa partie moyenne, d'une fracture non consolidée; elle est un type de la fracture par engrainement. Des stalactites osseuses, situées au pourtour des fragments, témoignent des efforts inutiles de la nature pour obtenir la consolidation.

N° 587. — Moitié inférieure de l'humérus du côté droit, avec la moitié supérieure des deux os de l'avant-bras; carie.

Sur cette pièce, tous les cartilages des os qui forment l'articulation du coude sont détruits; on ne distingue plus que les canalicules osseux qui viennent s'ouvrir perpendiculairement à ces surfaces. L'humérus, dans son quart inférieur, est le siége de dépôts sous-périostiques considérables, surtout au niveau des bords et à la face postérieure. La petite tête du radius a été complétement détruite, et le pourtour des facettes articulaires du cubitus est hérissé de végétations osseuses de nouvelle formation.

(M. Barthez.)

N° 588. — Portion inférieure de l'humérus du côté droit, avec la partie supérieure des deux os de l'avant-bras; carie de l'articulation du coude.

Les surfaces articulaires sont dépourvues de cartilages, et la destruction de leurs lames compactes permet de voir les canalicules osseux, qui sont plutôt diminués de capacité qu'agrandis. Des végétations osseuses périostiques se remarquent au niveau des extrémités articulaires, avec dilatation des orifices vasculaires.

N° 589. — Humérus droit; carie des extrémités articulaires.

Cet os, dans toute son étendue, est devenu plus vasculaire, mais les deux extrémités articulaires sont creusées de cavités nombreuses, surtout l'inférieure. Ces cavités, à l'extrémité inférieure, ont leurs bords lisses et sont cicatrisées ; elles constituent des espèces de cellules séparées par des ponts osseux. Au niveau de la dépression coronoïde et olécrânienne ces cavités perforent l'os de part en part. Ces excavations à l'extrémité inférieure sont divisées en deux groupes principaux : les unes sont situées à la partie interne et postérieure, à 3 ou 4 centimètres de l'articulation, les autres sont très-voisines de la partie articulaire, qu'elles envahissent même.

A la partie supérieure de l'humérus existent deux cavités seulement ; elles sont assez grandes et ont quelque analogie avec les cavités tuberculeuses.

(Professeur Desault.)

N° 590. — Portion inférieure de l'humérus gauche; carie de l'extrémité inférieure.

Les surfaces articulaires de l'extrémité inférieure de l'humérus ont été complétement détruites. A leur place, l'humérus présente une espèce de fourche, dont la branche externe est recourbée en avant. Les deux branches se dirigent en sens inverse, d'où résulte un agrandissement dans le diamètre transverse de cette articulation. Ces saillies osseuses, longues de 6 centimètres, offrent entre elles un écartement de 5 centimètres. Toutes deux sont hérissées par des stalactites osseuses en forme de pointes. Cette altération se perd insensiblement en remontant sur l'os, dont elles ne paraissent devoir occuper que le tiers inférieur. Quant à la nature de cette lésion, il est difficile de la déterminer aujourd'hui.

(Professeur Desault.)

N° 591. — Extrémité inférieure de l'humérus gauche ; carie articulaire.

L'affection, qui paraît être de nature tuberculeuse, semble s'être développée primitivement dans l'épitrochlée. Les surfaces articulaires sont dépourvues de leur cartilage et de la lame de tissu compacte qui le supporte, d'où résulte que les cellules du tissu spongieux apparaissent à nu dans l'articulation.

Il existe dans l'épitroclée une vaste excavation, qui renfermait probablement une masse tuberculeuse. Cette cavité est ouverte en avant et en arrière. De nombreux dépôts sous-périostiques

existent au niveau de cette excavation, et surtout à la partie inférieure de l'humérus.

(Professeur Desault.)

N° 592. — Moitié inférieure de l'humérus; carie de l'extrémité articulaire inférieure.

Les surfaces articulaires inférieures de l'humérus, sont en grande partie détruites. Cette extrémité ressemble à une fourche; l'os raréfié est recouvert, dans sa partie inférieure, de couches périostiques de nouvelle formation; l'os ancien, comme cela s'observe au niveau de la coupe, est frappé de nécrose.

(Professeur Desault.)

N° 593. — Portion inférieure de l'humérus gauche; carie de l'extrémité articulaire.

L'épicondyle et l'épitrochlée persistent encore, mais les surfaces articulaires sont profondément altérées; les cavités olécrâniennes et coronoïdes sont perforées, et si l'extrémité osseuse n'offre pas l'aspect de fourche que présentent quelques-unes des pièces précédentes, cela tient à ce que les saillies constituées par l'épicondyle et l'épitrochlée se relient les unes aux autres par un pont osseux.

La petite tête de l'humérus est creusée en avant d'une cavité assez profonde, circonscrite, qui logeait probablement une masse tuberculeuse.

(Professeur Desault.)

N° 594. — Portion inférieure de l'humérus droit; carie.

C'est la trochlée qui paraît avoir été le siége principal de la lésion; aussi elle est en grande partie détruite. L'altération osseuse est délimitée supérieurement par un dépôt osseux qui siége à 7 centimètres au-dessus de l'articulation, le long du bord interne. De nouvelles sécrétions osseuses moins abondantes s'observent également le long du bord externe.

(Professeur Desault.)

N° 595. — Moitié inférieure de l'humérus gauche; carie.

Toute la portion articulaire inférieure de cet os a été détruite par la carie, surtout la partie externe. La trochlée, le condyle et l'épi-

condyle ont disparu; la lésion s'étend principalement le long du bord interne et externe de l'humérus, où se trouvent un grand nombre de sécrétions périostiques. L'os est devenu très-vasculaire dans son corps : son tissu est raréfié.

(Professeur Desault.)

N° 596. — Portion supérieure du radius et du cubitus gauche; carie.

La tête du radius a complétement disparu, la surface articulaire du cubitus dépourvue de son cartilage est érodée; son tissu spongieux est à nu, et les lamelles qui le constituent sont denses, éburnées, très-résistantes. La base de l'olécrâne est en grande partie détruite, l'apophyse coronoïde a disparu presque complétement. L'altération est assez bien délimitée à l'extrémité articulaire.

(Professeur Desault.)

N° 597. — Portion supérieure du cubitus droit; carie.

Toute la surface articulaire, aussi bien la grande que la petite cavité sigmoïde, est cariée, dépourvue de cartilage; les cellules du tissu spongieux sont à nu et leurs parois sont très-denses. Le quart supérieur de cet os est le siége d'une grande vascularisation et de sécrétions périostiques abondantes.

(Professeur Desault.)

N° 598. — Cubitus gauche; carie de l'extrémité supérieure.

L'extrémité supérieure du cubitus a été détruite par la carie; il n'existe plus de surfaces articulaires ni du côté de l'olécrâne, ni de l'apophyse coronoïde. L'os, dans ce point, est réduit à une lamelle osseuse, rugueuse en avant, sur laquelle on constate que les cellules du tissu spongieux sont à nu. Leurs parois sont denses, résistantes. En arrière existent de nombreuses aspérités sous-périostiques.

(Professeur Desault.)

N° 599. — Portion inférieure de l'humérus droit et de la partie supérieure des deux os de l'avant-bras; carie des surfaces articulaires du coude avec ankylose.

L'articulation huméro-cubitale a été détruite, et ces deux os sont

ankylosés à angle presque droit; c'est un ankylose par fusion que l'on observe. L'extrémité supérieure du radius, ainsi que la petite tête de l'humérus, sont en grande partie détruites par une carie de ces os. Leurs surfaces, rugueuses, inégales, sont distantes l'une de l'autre de 1 centimètre.

Malgré l'état avancé d'altération des surfaces articulaires, les os, à peu de distance des extrémités, sont à peine plus vasculaires; la lésion était donc à peu près circonscrite aux extrémités articulaires.

(M. Sanski.)

N° 599 *a*. — Articulation huméro-cubitale du côté droit; carie.

L'extrémité articulaire inférieure de l'humérus est en grande partie détruite; on ne trouve plus trace de la trochlée ni du condyle, ce qui donne à cette extrémité l'aspect d'une fourche. La portion du bord interne qui supporte l'épitrochlée qui est atrophiée, est encore assez résistante, et couverte d'aspérités périostiques au niveau du bord externe. La portion du bord externe qui supporte l'épicondyle, est dilatée en ampoule, et réduite à une mince lamelle qui présente de larges perforations, qui lui ôtent toute résistance.

L'extrémité réticulaire supérieure du cubitus est en grande partie détruite; celle qui correspond à l'olécrâne est perforée à sa partie moyenne, et n'est plus représentée que par les deux bords amincis de cet apophyse, qui paraît avoir subi un refoulement ampullaire d'avant en arrière. L'apophyse coronoïde est à l'état de débris, et est constituée par des jetées osseuses irrégulières. La petite tête du radius, beaucoup moins déformée que l'extrémité supérieure du cubitus, a sa surface articulaire dépourvue de cartilage, rugueuse, et le col a en grande partie disparu.

(M. Barthez.)

N° 600. — Portion inférieure des deux os de l'avant-bras gauche, avec les os du carpe et du métacarpe; carie.

Tous les os du carpe, à l'exception d'une partie de l'os crochu du trapèze et du scaphoïde, ont été détruits par la carie. Les extrémités articulaires du radius et du cubitus sont dépourvues de leur cartilage, et les surfaces osseuses sont érodées. Tous les métacarpiens à l'exception du premier, sont dans leur épiphyse supérieure assez profondément cariés.

N° 600 *a*. — Moitié inférieure des os de l'avant-bras, avec la main droite correspondante ; carie.

Cette pièce, qui est sans renseignements, présente une altération assez profonde des os du carpe, dont toutes les surfaces articulaires sont érodées ; il semble que ces os aient macéré dans le pus. La même altération s'étend à la partie inférieure des os de l'avant-bras ; aussi les surfaces articulaires du cubitus et du radius sont en grande partie dépourvues de leur cartilage. Même disposition pour les articulations carpo-métacarpiennes. Des altérations assez profondes se rencontrent également sur la tête du second et du troisième métacarpien, qui sont en grande partie détruites.

(M. Weiss.)

N° 600 *b*. — Moitié inférieure des os de l'avant-bras, avec la main droite correspondante ; carie.

Cette pièce, qui, comme la précédente, est sans renseignements, présente une destruction presque totale du second métacarpien avec les phalanges, et une destruction totale du troisième métacarpien, le doigt étant conservé.

(M. Weiss.)

Article 3.

CARIE DES ARTICULATIONS DES MEMBRES INFÉRIEURS.

Les pièces de caries des articulations des membres inférieurs sont au nombre de trente-deux : quinze siégent dans l'articulation coxo-fémorale, du n° 601 à 604 *h*, six dans l'articulation du genou, n^os^ 605, 605 *a*, 606, 607, 608 et 609 ; cinq dans l'articulation tibio-tarsienne, n^os^ 610, 610 *a*, 610 *b*, 610 *c* et 610 *d* ; cinq sont des exemples de carie du tarse, n^os^ 611, 611 *a*, 611 *b*, 611 *c*, 611 *d*, et une pièce, n° 612, est une carie du métatarse.

Les pièces les plus nombreuses de carie des membres inférieurs appartiennent à l'articulation coxo-fémorale, et à l'altération que l'on désigne sous le nom de coxalgie. Sur aucune pièce on ne constate de luxation consécutive à cette altération du système osseux, mais à cette exception près on peut y constater la plupart des lésions décrites par les pathologistes. Le n° 602 est un exemple d'altération du système osseux à la première période de cette lésion. Sur les pièces n^{os} 601, 604, 604 *a*, 604 *b*, 604 *c*, 604 *d*, 604 *e*, 604 *g*, on constate que la tête du fémur a notablement diminué de volume, et même que sur ces pièces la cavité cotyloïde est très-élargie. Sur les pièces n^{os} 602 *c*, 603, 604 *b*, 604 *c*, 604 *d*, 604 *f*, 604 *g*, il existe une perforation du fond de la cavité cotyloïde, et sur la pièce n° 604 *b*, la tête du fémur a pénétré à travers cette cavité qui se trouve loger le grand trochanter. La pièce n° 602 *c* est un exemple de résection de la tête du fémur; le petit malade a succombé environ deux mois après l'opération. Sur la pièce n° 604 *c*, indépendamment de la perforation du fond de la cavité cotyloïde, le sourcil cotyloïdien au niveau de l'éminence iléo-pectinée, est percé d'un trou qui fait communiquer cette cavité avec la gaîne du psoas.

Sur la plupart de ces pièces le pourtour du sourcil cotyloïdien est le siége de sécrétions périostiques, mais dont l'aspect est essentiellement différent de celui que l'on observe dans l'arthrite sèche.

N° 604. — Portion de l'os iliaque gauche avec la partie supérieure du fémur; hypertrophie du peloton synovial du fond de la cavité cotyloïde.

Cette pièce a été conservée dans l'alcool, et l'on constate, du côté de la cavité cotyloïde, une hypertrophie considérable du peloton synovial de l'arrière-fond de cette cavité; la masse qu'il constitue occupe près du tiers de la cavité. La cavité cotyloïde se trouve donc notablement rétrécie, et le pourtour postérieur du bourrelet cotyloïdien ayant été détruit consécutivement, la partie correspondante du sourcil de la cavité a été usée.

La tête fémorale est elle-même déformée, aplatie, son cartilage est très aminci, et à sa partie postérieure existe une rainure assez profonde qui pénètre dans le tissu spongieux de la tête; cette

rainure correspond à l'usure postérieure du sourcil cotyloïdien. Il semble que par suite du développement du peloton synovial, la tête fémorale ne pouvait plus être contenue dans sa cavité.
(Professeur Cruveilhier.)

N° 602. — Moitié gauche du bassin et des trois dernières vertèbres lombaires; carie de la cavité cotyloïde.

Sur cette pièce, on observe sur la moitié gauche du corps de la troisième vertèbre lombaire, à la partie inférieure, une petite excavation qui a été considérée à l'état frais, comme renfermant de la matière tuberculeuse. Les corps de la troisième et quatrième vertèbres lombaires, présentent en outre des érosions superficielles.

La cavité cotyloïde dépourvue de son cartilage, est rugueuse, érodée, sa lame de tissu compacte est détruite; ces érosions ont été considérées comme tuberculeuses. Pour établir ce diagnostic on s'est basé sur la lésion lombaire.

N° 602 *a*. — Os iliaque gauche, avec la partie supérieure du fémur; carie.

La tête du fémur, profondément déformée, présente quelques-unes des altérations caractéristiques de l'arthrite sèche; elle est aplatie de haut en bas, son diamètre antéro-postérieur a augmenté; sur son pourtour à l'union de la tête avec le col, existe une couronne de végétations surtout en arrière, qui sont renversées en dehors. La tête du fémur, dépourvue de cartilage, présente de légères aspérités et de nombreux orifices qui communiquent avec les cellules du tissu spongieux de la tête.

La cavité cotyloïde élargie dans tous les sens, mais surtout d'avant en arrière, est dépourvue de cartilage et la lame de tissu compacte est détruite. Les parois de cette cavité ainsi que le sourcil cotyloïdien sont raréfiés, usés, érodés; cette érosion est si profonde dans le fond de la cavité, qu'il n'existe plus dans ce point qu'une mince lamelle de l'épaisseur d'une feuille de papier; elle est même incomplète dans un grand nombre de points. Tout l'os a subi ainsi que le fémur une vascularisation assez notable, et l'iliaque présente au niveau de l'éminence ilèo-pectinée, des rugosités produites par de nouvelles sécrétions périostiques.

N° 602 *b*. — Os iliaque gauche, avec la partie supérieure du fémur; carie.

La fête du fémur, notablement diminuée de volume, est érodée

dans toute sa surface, et couverte de nombreuses aspérités qui résultent de l'usure de cet os.

La cavité cotyloïde est agrandie à sa partie postérieure et reportée légèrement en arrière; cette dernière partie était la seule portion de cet os en rapport avec la tête fémorale; cette portion de la cavité qui est usée, érodée, a pris un aspect celluleux, par suite de la destruction de la lamelle osseuse qui supporte le cartilage. La partie antérieure de l'ancienne cavité lisse, n'avait plus de rapport avec la tête osseuse. Le fond de la cavité très-amincie, fait dans l'excavation du petit bassin une saillie arrondie, régulière, mais la lamelle osseuse qui le constitue est si mince, qu'elle est criblée de nombreux trous, la plupart très-petits, mais dont quelques-uns ont de 2 à 3 millimètres.

(Professeur Malgaigne.)

N° 602 *c*. — Os iliaque gauche, et portion supérieure du fémur; carie, résection de la tête du fémur.

Cette pièce provient d'une jeune fille qui succomba avec des tubercules volumineux dans le sommet des deux poumons. Sur cette pièce, qui est en assez mauvais état de conservation, on constate une vaste perforation du fond de la cavité cotyloïde, avec destruction du sourcil cotyloïdien, surtout de la partie postérieure; cette cavité à l'autopsie a été trouvée pleine de pus.

La tête du fémur, environ dix mois avant la mort de la petite malade, a été réséquée par M. Dolbeau pour mettre un terme à de vives douleurs, et à une position vicieuse du membre, plutôt que dans un but curatif. Cette tête manque donc en totalité ainsi que le col. La portion du col qui s'insère sur le grand trochanter ainsi que cette apophyse, sont de nouveau atteints de carie, probablement de nature tuberculeuse.

(Professeur Dolbeau et M. Marjolin, *Soc. de chir.*, 2e série, t. VI, p. 470 et 477.)

N° 603. — Os iliaque gauche; carie tuberculeuse de la cavité cotyloïde.

La cavité cotyloïde, dépourvue de son cartilage, est notablement augmentée de largeur. Dans son centre existe une perforation circulaire d'environ 1 centimètre de diamètre, qui établit une communication avec la cavité pelvienne. La surface articulaire, excepté en bas et en dedans, est rugueuse, inégale et ses parois sont constituées par un tissu spongieux, au sein duquel se trouvent, dans divers points, de petites dépressions dont quel-

ques-unes sont parfaitement délimitées, et qui ont contenu très-probablement des masses tuberculeuses.

Le sourcil cotyloïdien, ainsi que la branche du pubis et la fosse iliaque externe, sont très-vasculaires et couvertes de nouvelles sécrétions périostiques. Au milieu de la fosse iliaque externe se trouve une cavité oblongue, identique à celles que l'on rencontre dans la cavité articulaire et qui, très-probablement, a également contenu de la matière tuberculeuse.

N° 604. — Articulation coxo-fémorale droite; carie.

Cette pièce provient d'un individu jeune encore, car les trois points d'ossification du fond de la cavité cotyloïde sont encore distincts, ainsi que les points épiphysaires du grand et du petit trochanter.

La tête fémorale, dépourvue de son cartilage, est rugueuse, inégale; elle a sensiblement diminué de volume; elle n'est plus en rapport avec la cavité cotyloïde, qui est agrandie. L'altération osseuse s'étend assez loin sur le col du fémur en avant et en bas; toute la partie supérieure de cet os est devenue très-vasculaire.

La cavité cotyloïde, excepté dans le point qui correspond au peloton synovial, présente à nu les cellules du tissu spongieux, et il existe une disjonction incomplète des lignes des sutures, surtout de la postérieure. Il n'existe point cependant de communication avec l'excavation pelvienne.

N° 604 *a*. — Os iliaque droit, avec la portion supérieure du fémur; carie de l'articulation.

La tête du fémur, dépourvue de son cartilage, est usée et a considérablement diminué de volume. Sa surface érodée, rugueuse, est constituée par les cellules du tissu spongieux, qui ont acquis une grande densité. L'altération pour cet os est assez bien limitée à la tête.

La cavité cotyloïde, également dépourvue de son cartilage, est agrandie; les parois en sont constituées par un tissu spongieux à mailles très-denses. Le fond présente une large perforation d'environ 3 centimètres de diamètre, qui est assez régulièrement circulaire, et dont les bords sont très-amincis. Le sourcil cotyloïdien est surtout très-prononcé à la partie supérieure et antérieure.

N° 604 *b*. — Articulation coxo-fémorale gauche; carie.

Cette pièce a été prise sur un jeune enfant. La tête du fémur,

diminution de volume, a pris une forme conique ; elle est remplie, et primitivement dans le petit fragment a trouvé une cavité de fond de la cavité cotyloïde. La surface de fracture est constituée par un tissu spongieux très-dense.

La cavité cotyloïde, également dépourvue de son cartilage, a un tissu spongieux. Sa capacité est principalement dans son diamètre oblique de haut en bas et en avant. Le fond ayant été détruit, la tête a roulé vers, tandis que le grand trochanter et le col se trouvaient dans la cavité cotyloïde. La jambe et la cuisse, dans une demi-flexion sur le bassin. Les saillies du pubis et de l'ischion sont disparues. Le sourcil ainsi que la portion d'os circonvoisine, sont le siége périostiques.

N° 684 c. — Os iliaque gauche et portion supérieure de l'articulation coxo-fémorale

La tête du fémur a diminué au moins d'un tiers. Elle est dépourvue de son cartilage ; les cellules gieux sont à nu, excepté cependant à la partie existe un point assez circonscrit où la lame perte le cartilage, a été conservée. Les parties tissu spongieux ont acquis une grande den

La cavité cotyloïde est le siége d'altér elle a conservé une forme assez régulière agrandie dans tous les sens et dépourvue parois sont constituées par des cellules fond est le siége d'une vaste perforation, nication avec le petit bassin. Son grand postérieur, a 4 centimètres et 2 centièmes de l'éminence iléo-pectin perforation disposée en pond à la cavité et a pr le sommet vient s'ouvr pourtour supérieur périostiques con térieure du

de l'articulation

ment considérable de

lipome arborescent.

lée et épaissie, présente les
curieux de la lésion décrite
La synoviale présente à sa
dont la plupart sont chargés

série, t. XVIII, p. 164.)

du fémur droit; infiltration
condyle externe.

décollement de l'épiphyse infé-
ration tuberculeuse du condyle
stre très-dense éburné.

moro-tibiale droite; carie,
écrose.

du tibia, sont en totalité frap-
tiennent à un adulte, et que
d pour les deux os jus-
elui du fémur et du tibia,
à parois denses et résis-
crétions périostiques, qui
sseuses très-irrégulières
séquestre ne se trou
rticulation; à ce niveau
questre du tibia est la p
ge du côté de l'articulatio
coin, qui a déterminé un
ur, d'où résulte un emboîte-
du tibia, le nouvel os présente

facette articulaire. Il existait donc une subluxation du fémur en arrière.

N° 604 *g*. — Articulation coxo-fémorale gauche ; carie.

La tête du fémur, très-diminuée de volume, rudimentaire, est dépourvue de son cartilage ; elle est rugueuse, couverte de nombreuses aspérités ainsi que le col ; le grand trochanter est détruit en totalité.

La cavité cotyloïde, notablement agrandie, est aussi irrégulière ; son cartilage a été détruit et on y distingue deux arrière-cavités : l'une, supérieure, remonte du côté de la fosse iliaque externe, la seconde postérieure descend jusqu'au niveau de la grosse tubérosité ischiatique. La tête du fémur, suivant la position de cet os, devait occuper l'une ou l'autre de ces arrière-cavités, qui présentent plusieurs perforations de dimensions et de formes diverses qui, à travers le fond de la cavité cotyloïde, pénètrent dans l'excavation du petit bassin. L'os iliaque, dans son entier, est très-vasculaire, criblé de nombreux trous et couvert de nombreuses aspérités, qui témoignent de l'existence d'altérations profondes de cet os.

N° 604 *h*. — Articulation coxo-fémorale droite ; carie.

La tête du fémur est presque détruite en totalité ; elle est réduite à son col, qui présente un grand nombre de tubérosités osseuses, séparées par des excavations arrondies et anfractueuses. Le tiers supérieur de cet os est hérissé de nombreuses aspérités sous-périostiques.

La cavité cotyloïde n'existe plus, ainsi que le sourcil cotyloïdien ; elle est remplie par une masse osseuse, irrégulière, légèrement excavée et présentant un très-grand nombre d'anfractuosités capables de loger un gros pois Cette altération singulière et bizarre se comprend difficilement ; plusieurs théories pourraient même être invoquées pour expliquer cet état ; mais, en l'absence de tous renseignements qui manquent sur cette pièe, je me contente de signaler le fait.

N° 605. — Modèle en cire d'une arthrite du genou droit.

Il existe une distension considérable de la synoviale, et on constate des fongosités qui se présentent sous forme de plis.
(M. Beauchêne.)

N° 605 *a*. — Modèle en cire d'une hydropisie de l'articulation du genou.

Sur cette pièce on a figuré un épaississement considérable de la capsule articulaire, sans fongosités.
(M. Leclère.)

N° 606. — Articulation du genou; lipome arborescent.

La synoviale articulaire du genou dilatée et épaissie, présente les caractères les plus tranchés et les plus curieux de la lésion décrite sous le nom de lipome arborescent. La synoviale présente à sa face interne de nombreuses franges, dont la plupart sont chargés de graisse, d'autres sont lobulées.
(M. Peyrot, *Soc. Anat.*, 1872, 2e série, t. XVIII, p. 164.)

N° 607. — Portion inférieure du fémur droit; infiltration tuberculeuse du condyle externe.

Sur cette pièce on observe un décollement de l'épiphyse inférieure du fémur et une infiltration tuberculeuse du condyle externe. Il existe un petit séquestre très-dense éburné.
(Professeur Nélaton, 1862)

N° 608. — Articulation fémoro-tibiale droite; carie, avec nécrose.

Les deux condyles du fémur et du tibia, sont en totalité frappés de nécrose. Comme ces os appartiennent à un adulte, et que l'épiphyse est soudée, l'altération s'étend pour les deux os jusqu'à la diaphyse. Les deux séquestres, celui du fémur et du tibia, sont constitués par un tissu spongieux à parois denses et résistantes. Ils sont entourés de nouvelles sécrétions périostiques, qui se présentent sous formes de jetées osseuses très-irrégulières, saillantes qui les emprisonne. Chaque séquestre ne se trouve par conséquent libre que du côté de l'articulation; à ce niveau ils se correspondent. L'élimination du séquestre du tibia est la plus avancée, aussi il proémine davantage du côté de l'articulation. Son centre plus saillant forme un coin, qui a déterminé une rainure profonde dans celui du fémur, d'où résulte un emboîtement réciproque. A la face interne du tibia, le nouvel os présente plusieurs cloaques. La sécrétion périostique s'etend assez loin sur le tibia et le fémur.

N° 609. — Articulation fémoro-tibiale droite; destruction de l'articulation; luxation consécutive du tibia en arrière et en haut.

Sur cette pièce qui a appartenu à un individu jeune encore, car l'épiphyse supérieure du tibia n'est point soudée, on constate que tous les os qui constituent cette articulation, ont une pesanteur spécifique peu considérable, leur tissu est le siége d'une raréfaction notable.

Le tibia est luxé en arrière et en dehors du fémur qui le dépasse de 9 à 10 centimètres. Les condyles du fémur n'étant point encore soudés, leurs débris, réduits à quelques masses spongieuses, sont situés à la partie externe du tibia, et soudés à la partie postérieure du fémur. L'extrémité supérieure du tibia correspond à peu près au niveau du tiers inférieur du bord postérieur de la diaphyse du fémur, qui, au niveau de ce point, présente une exostose de 2 à 3 centimètres de saillie, et qui doit avoir concouru à limiter le déplacement. La rotule a éprouvé un double déplacement en avant et en dedans.

Tous ces os présentent les traces nombreuses d'une grande vascularisation ; leur tissu est profondément raréfié ; il existe à la fois une carie au niveau des surfaces articulaires, et une ostéite raréfiante dans toute la longueur du fémur et du tibia. Cette pièce est dans un très-mauvais état de conservation.

N° 610. — Tibia droit ; carie tuberculeuse de l'extrémité inférieure.

L'extrémité inférieure du tibia a été détruite, il n'existe plus de vestige de la surface articulaire, ni de la malléole interne; cette extrémité osseuse est creusée parallèlement à l'axe du tibia d'une vaste cavité qui a une profondeur de 4 à 5 centimètres. La surface extérieure du tibia dans son quart inférieur est le siége de sécrétions périostiques, et dans toute son étendue, cet os est criblé de trous et de sillons qui témoignent de sa grande vascularisation. Au niveau de la tubérosité du tibia, à la partie supérieure de la face interne, existe un orifice qui communique dans une vaste cavité, sur l'origine et la nature de laquelle il peut exister quelques doutes ; elle est peut-être le résultat d'une destruction de l'os, postérieure à la mort de cet individu.

N° 610 *a*. — Tibia et péroné du côté droit; carie.

Le tibia, au niveau de son tiers inférieur, a perdu sa forme

triangulaire; à ce niveau il est le siége d'un gonflement à peu près uniforme, qui est cependant plus marqué en dedans et en arrière. Sur chacune de ces deux faces, se rencontrent des ouvertures qui communiquent avec une vaste cavité, très-probablement de nature tuberculeuse qui occupe le centre de l'os ; le canal médullaire au-dessus de cette cavité centrale, est oblitéré dans une longueur de 4 centimètres, et cette espèce de bouchon est lui-même creusé de petites cavités secondaires. L'extrémité articulaire devenue rugueuse, inégale, présente un assez grand nombre de petits orifices qui, communiquent avec la cavité du centre de l'os, et devait permettre au pus de fuser jusque dans l'articulation tibio-tarsienne. Ces os hypertrophiés ont acquis une pesanteur assez considérable.

N° 610 *b*. — Moitié inférieure du tibia gauche ; carie.

Sur cette pièce la malléole interne a été en grande partie détruite; cette carie qui était probablement de nature tuberculeuse, a détruit presque toute la partie postérieure de la surface articulaire du tibia et les deux tiers de la malléole interne. Cette destruction de l'os a une forme assez irrégulièrement concave, et est plus profonde à la partie antérieure qu'à la postérieure. Il ne reste plus du cartilage qu'un petit point central très-circonscrit. Le pourtour de la partie ulcérée, principalement la portion de la malléole interne qui a été conservée, est le siége de nouvelles sécrétions périostiques. L'os dans toute sa longueur est devenu vasculaire, et il est criblé de trous.

N° 610 *c*. — Portion inférieure du tibia et du péroné gauche ; carie.

L'extrémité inférieure du tibia et du péroné sont, dans toute leur circonférence, le siége d'une tuméfaction considérable. Ces os ont doublé de volume et leur surface antérieure est hérissée, de jetées osseuses, périostiques ; quelques-unes situées dans l'espace interosseux ont déterminé l'ankylose des deux os. Le tissu osseux central du tibia est éburné, ce qui a déterminé à ce niveau une oblitération du canal médullaire. La surface articulaire inférieure du tibia dépourvue de son cartilage, a acquis des dimensions considérables dans tous les sens ; en même temps qu'elle est plus profonde, elle est rugueuse, inégable, et présente un grand nombre de petits séquestres parcellaires. Il existe, en outre, de petites dépressions qui devaient, à l'état frais, contenir de la matière tuberculeuse.

N° 610 *d*. — Portion inférieure du tibia et du péroné du côté droit; carie.

Toute la lame de tissu compacte qui revêt la surface articulaire inférieure du tibia, et supporte le cartilage, a été détruite, excepté dans une partie très-limitée, située en avant et en dehors. La surface osseuse mise à nu est constituée par un tissu spongieux à parois de cellules très résistantes, et présente quelques petites excavations. La malléole interne est en grande partie détruite. La surface externe de la malléole externe est hérissée de nombreuses aspérités périostiques, ainsi que la partie inférieure du tibia.

N° 611. — Pied gauche; carie.

Sur cette pièce qui est assez mal conservée, on observe une carie des os du tarse et du métatarse; le cuboïde, le troisième et le second cunéiforme sont cariés. La partie postérieure du quatrième et cinquième métatarsiens est détruite; le cinquième métatarsien, outre sa carie, offre une altération assez singulière, il y a disparition de la moitié antérieure de son corps qui est remplacé par une bride fibreuse.

N° 611 *a*. — Portion inférieure du tibia et du péroné gauche, avec les os du pied; carie.

Sur cette pièce qui a été préparée avec conservation des ligaments, on constate à la face dorsale du pied, trois orifices qui correspondaient à des trajets fistuleux. L'un de ces orifices communique avec la partie externe de l'articulation tibio-tarsienne, qui présente une hypertrophie considérable de la synoviale qui est devenue fongueuse; les surfaces articulaires sont dans certains points légèrement érodées. Le second de ces orifices pénètre dans l'articulation du cuboïde avec la face antérieure du calcanéum; les facettes articulaires sont dépourvues de cartilage et profondément altérées. Le troisième orifice pénètre dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne qui est profondément altérée, les surfaces articulaires dépourvues de cartilage sont érodées.

N° 611 *b*. — Portion inférieure du tibia et du péroné gauche, avec les os du tarse; carie.

Cette pièce qui est sans renseignements, et dans un assez mau-

vais état de conservation, présente une altération profonde des os de la jambe et du pied, qui sont atteints d'ostéite et de carie généralisée, avec de petits séquestres parcellaires.

N° 611 c. — Squelette du pied droit; carie.

Le calcanéum est en grande partie détruit, il est creusé de nombreuses cavités de dimensions variables, qui devaient contenir des masses tuberculeuses; les parois de ces cavités, creusées dans le tissu spongieux, ont une grande densité, et sont assez irrégulières. L'astragale présente une altération analogue : toute sa face inférieure est creusée de vastes cavités, sa face articulaire supérieure et antérieure sont à peu près intactes. Le scaphoïde, normal à sa face postérieure, présente une altération profonde de ses facettes antérieures; les cunéiformes paraissent avoir été détruits, ainsi que la partie articulaire postérieure des trois premiers métatarsiens: ces lésions résultent très-probablement d'une carie tuberculeuse.

(M. Richard, 1862.)

N° 611 *d*. — Portion inférieure des deux os de la jambe gauche avec le tarse; carie.

Cette pièce qui est conservée dans l'alcool, a été préparée avec conservation des parties molles, ligaments et tendons. Elle provient d'une femme adulte, chez laquelle M. Verneuil a extirpé l'astragale pour une ostéiste chronique. Il y a eu une guérison complète en apparence, mais temporaire, car il s'est produit de nouveaux trajets fistuleux, dont deux très-distincts sont situés à la face dorsale du pied. L'interne est situé à la partie antérieure du sommet de la malleole interne, l'externe au point opposé, au sommet de la partie antérieure de la malléole externe. Cette femme a succombé à une tuberculisation pulmonaire deux ans environ après l'opération.

(Professeur Verneuil, 1871.)

N° 612. — Les deux premiers cunéiformes du pied gauche, avec les deux métatarsiens et les orteils correspondants; carie.

La tête du premier métatarsien est profondément altérée du côté de sa face dorsale, où existe une dépression, avec érosion profonde qui se prolonge sur la face supérieure de cet os.

CHAPITRE XVIII

Ankyloses.

L'ankylose constitue un genre important de la grande classe des adhésions, de M. le professeur Cruveilhier ; cette lésion est plutôt le mode de terminaison de certaines affections du système osseux, qu'une maladie essentielle. Aussi indépendamment des pièces décrites dans cette section, il existe encore dans le Musée plusieurs pièces d'ankyloses, qui se trouvent décrites à propos de certaines maladies des os. Le Musée renferme un grand nombre de pièces d'ankyloses, elles sont au nombre de 131, elles portent sur presque toutes les articulations, et nous offrent des spécimens de toutes les variétés de soudure.

La plupart des chirurgiens divisent les ankyloses en deux espèces, la première qu'ils désignent sous le nom de soudure osseuse ou par fusion ; la seconde d'ankylose par jetées osseuses, ou par ossification des tissus environnant l'articulation : c'est l'ankylose *incomplète*. Si cette division est suffisante au point de vue chirurgical, elle me paraît incomplète au point de vue de l'anatomie pathologique, et la classification admise par M. le professeur Cruveilhier me semble de beaucoup préférable, d'autant plus que chacune des espèces qu'il signale, se trouve justifiée par la description des pièces qui vont suivre. J'aurai même soin, dans le résumé général qui précédera les pièces d'une région, de signaler celles qui appartiennent à chaque variété.

J'admettrai donc quatre variétés d'ankyloses bien distinctes, à savoir : 1° l'ankylose périphérique ou par invagination : son type est dans la soudure de la colonne vertébrale ; 2° l'ankylose par fusion : les extrémités articulaires peuvent alors être plus ou moins déformées, mais le caractère essentiel de cette variété est dans la disparition des cartilages d'encroûtement, ainsi que de la plus grande partie et même la totalité de la lame compacte qui la supporte; dans ce cas, il peut être difficile de délimiter les surfaces articulaires : on a même vu le canal médullaire dans les os longs se continuer à travers la soudure; 3° l'ankylose par intermède : dans celle-ci, une couche osseuse disposée sous forme de disque est interposée aux surfaces articulaires; cette variété ne se rencontre guère que dans les articulations qui renferment des fibro-cartilages ou ménisques ; 4° l'ankylose par amphiarthose qui est rare, les surfaces articulaires dépourvues de leur cartilage sont reliées à l'aide d'un tissu fibreux.

Toutes les pièces relatives à l'ankylose seront divisées en deux articles : le premier comprendra un très-grand nombre d'articulations détachées; le second sera constitué par la description de cinq squelettes dont le plus grand nombre des articulations sont ankylosées.

Article premier.

ARTICULATIONS DIVERSES ANKYLOSÉES

Afin de faciliter les recherches au milieu de pièces aussi nombreuses, ce premier article devra lui-même être subdivisé en deux ordres distincts. Le premier comprendra les ankyloses du tronc ; le second les ankyloses des membres. A cause de l'intérêt qui s'attache à certaines de ces lésions pour mieux les grouper, j'établirai deux sous-ordres : 1° les ankyloses intrinsèques de la tête et de la colonne vertébrale ; 2° les articulations extrinsèques, au nombre desquelles seront les anky-

loses des côtes et du bassin. Les ankyloses des os du crâne entre eux auraient pu former aussi un groupe distinct, mais ces ankyloses sont presque toujours une dès conséquences de l'âge, et, en outre, elles se montrent fréquemment dans les exostoses et hyperostoses de ces os ; ces ankyloses ont été signalées à l'occasion de ces altérations du système osseux. La seule pièce mobile de la tête, la mâchoire inférieure est représentée par un unique exemple n° 715, qui sera décrit dans le second article.

ORDRE PREMIER

Ankyloses des os du tronc

1er sous-ordre.

ANKYLOSES INTRINSÈQUES DE LA TÊTE ET DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Le nombre de pièces relatives aux ankyloses intrinsèques de la colonne vertébrale est de 33, du n° 613 au n° 644 inclusivement. Un fait général qui est commun à presque tous les cas d'ankyloses de la colonne vertébrale, quelle que soit la région, c'est que ces os présentent des traces nombreuses d'ostéite; ils sont devenus très-vasculaires, friables, leur tissu spongieux est considérablement raréfié.

Ces pièces se divisent en celles qui appartiennent à la région cervicale ; elles sont au nombre de dix, du n° 613 au n° 620; en celles de la région dorsale qui sont au nombre de quinze, du n° 621 au n° 635 ; en celles de la région lombaire qui sont au nombre de huit, du n° 635 *a* au n° 644. Quelques-unes de ces pièces appartiennent à la fois à deux régions. C'est principalement sur les ankyloses de la colonne vertébrale, que doivent être étudiées les ankyloses par jetées osseuses ou par invagination ; la plupart en sont le type le plus remarquable, et comme cela résulte de la description des pièces, l'invagination est le plus souvent limitée à une moitié du corps, et par conséquent partielle. A la région cervicale, c'est sur le côté gauche que l'ankylose est la plus prononcée ; elle peut occuper à la fois toutes les articulations de ces ver-

tèbres, ou bien être limitée à un certain nombre. Sur la pièce n° 617, elle est bornée à la petite apophyse qui surmonte de chaque côté le corps, ainsi qu'aux apophyses articulaires.

Dans l'ankylose par invagination de la face antérieure des corps vertébraux, le dépôt de matière osseuse de nouvelle formation, qui se fait sous forme de plastron, peut, comme sur le n° 620, être interrompu dans différents points, qui correspondent toujours aux vertèbres les plus mobiles, ce qui constitue autant de fausses articulations. Cette même disposition peut également s'observer dans la région dorsale n^{os} 625, 626, 627, 629, 637. C'est au niveau de la neuvième et dixième vertèbre qu'on l'observe.

A la région dorsale, le dépôt invaginant de matière osseuse se produit à l'inverse de la région cervicale. C'est sur le côté droit qu'il existe, et que les progrès de l'ankylose sont les plus marqués. Il peut se faire cependant à la partie inférieure de cette région n° 628, que l'invagination occupe les deux côtés, mais c'est l'exception. Cette invagination, comme à la région lombaire, présente au niveau de chaque disque un renflement considérable qui est creux à son centre et dans lequel le disque semble pénétrer. D'autres fois, n^{os} 623, 625, 628, le disque se pénètre lui-même de matière osseuse, et l'ankylose devient alors mixte : elle est par invagination et par intermède. Le ligament sus-épineux n° 623, interépineux, ainsi que les ligaments jaunes, peuvent aussi s'ossifier. Le seul exemple d'ankyloses par fusion des corps vertébraux que renferme le musée est le n° 634, et il est à remarquer que sur cette pièce, le dépôt de matière osseuse est peu abondant à la face antérieure du corps des vertèbres. Sur quelques-unes de ces pièces n^{os} 631, 632, l'ankylose paraît consécutive au rachitisme.

A la région lombaire, l'ankylose reprend les caractères de la région cervicale, elle est plus prononcée à gauche. Dans toutes les pièces de cette région, les vertèbres semblent avoir augmenté de volume, elles sont hypertrophiées.

N° 613. — Occipital et temporal droit, avec l'atlas; ankylose de l'articulation occipito-atloïdienne.

L'atlas est ankylosé avec l'occipital par son arc antérieur et ses apophyses articulaires. La fusion est beaucoup plus complète à gauche qu'à droite; de ce dernier côté, l'arc antérieur n'est point soudé. Le volume de l'atlas est aussi beaucoup plus considérable à gauche, d'où devait résulter une inclinaison latérale droite de la tête. La partie postérieure de l'arc de l'atlas qui supporte le tubercule, manque.

N° 614. — Occipital, avec les deux moitiés postérieures du temporal, et les six premières vertèbres cervicales; ankylose.

Cette lésion a été considérée comme étant consécutive à une affection rachitique; la soudure des vertèbres cervicales présente une cyphose assez prononcée, dont le maximum d'intensité se trouve à l'union de la quatrième avec la cinquième vertèbre. L'union de l'atlas avec l'occipital est complète, la tête est légèrement inclinée à droite. L'ankylose des lames vertébrales des six premières vertèbres, ainsi que celle des saillies qui constituent les masses latérales, est par fusion. Pour les corps vertébraux, on retrouve encore, en arrière surtout, comme on peut le constater sur la coupe, que les disques sont conservés. A la partie antérieure du côté de la concavité, les corps vertébraux sont taillés en biseau, le disque est détruit, et la fusion des corps vertébraux dans ce point est complète. Le canal rachidien, malgré la courbure qu'il décrit, n'est pas rétréci; les trous de conjugaison sont normaux.

N° 614 *a*. — Occipital, avec les sept vertèbres cervicales et les deux premières dorsales; ankylose de l'occipital avec l'atlas et de l'atlas avec l'axis.

L'occipital, légèrement renversé en arrière dans l'extension, est, en outre, fortement incliné à droite, où il forme avec la colonne vertébrale un angle très-aigu. Cette position vicieuse permanente résulte d'une altération des deux premières vertèbres cervicales.

L'atlas, à peu près normal à gauche comme hauteur, est ankylosé avec l'occipital, et avec la facette articulaire supérieure de l'axis. A droite, cet os a beaucoup diminué de hauteur, et il est ankylosé avec l'occipital par son condyle et son arc antérieur; mais il a pivoté sur son axe d'avant en arrière, en même temps

qu'il est incliné de haut en bas. Il a entraîné dans son mouvement l'occipital, et la partie droite de son arc antérieur dépasse en avant le corps de l'axis de près de 1 centimètre; son apophyse articulaire inférieure est donc luxée en avant et en dehors sur celle de l'axis. Cette atrophie des masses latérales droites de l'atlas et leur mouvement de rotation en avant, ont produit un torticolis antérieur avec inclinaison latérale droite de la tête.

Du côté du canal rachidien, on constate l'absence de l'apophyse odontoïde, qui n'est plus représentée que par un petit tubercule en forme d'épine. Il existe, en outre, un transport en avant de l'occipital entraîné par l'atlas, avec lequel il est ankylosé; la partie postérieure du trou occipital paraît rétrécie par l'arc postérieur de l'atlas; mais, par le fait, le rétrécissement manque: le canal rachidien, à son origine, est seulement déplacé en avant.

Les autres vertèbres présentent leur disposition normale avec un certain degré de lordose. Le muscle sterno-mastoïdien droit était un peu atrophié et diminué de longueur; une disposition inverse s'observe pour celui du côté gauche.

(M. Bouvier, 1861.)

N° 614*b*. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de l'atlas, l'axis et la partie supérieure de la troisième vertèbre cervicale; ankylose, avec luxation latérale droite de l'atlas sur l'axis.

Cette pièce très-intéressante a été recueillie par M. Broca sur un vieillard qui a succombé à une affection des voies urinaires.

La partie latérale droite de l'axis et l'apophyse odontoïde paraissent avoir été fracturées, la consolidation est complète. L'atlas est luxé sur l'axis; la luxation, qui est unilatérale, siége à droite; l'arc antérieur de l'atlas dépasse de ce côté le corps de l'axis. Par suite de la rotation de l'atlas en avant et à droite, son arc postérieur gauche rétrécit considérablement, de moitié environ, le canal rachidien; l'apophyse articulaire droite de l'axis, qui fait saillie dans le canal rachidien, se trouve sur le même plan antéro-postérieur que l'apophyse odontoïde. Malgré les dimensions très-restreintes, à ce niveau, du canal rachidien, qui n'a plus que 1 centimètre de diamètre transverse et 1 centimètre 3 millimètres d'avant en arrière, au moment de la mort du malade, il n'existait point de paralysie; on ignore si elle a existé au moment de la lésion.

(Professeur Broca, *Soc. de Chir.*, 1862, 2e série, t. III, p. 549.)

N° 615. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de l'axis et de la troisième vertèbre cervicale; ankylose.

L'axis et la troisième vertèbre cervicale sont soudées ensemble dans toute leur étendue, corps, apophyse et lames. Au niveau du corps, la structure spongieuse des deux os est continue; cependant, à gauche, dans un point restreint, se trouve un vide qui indique encore la présence du disque. A droite, il y a un léger affaissement des corps vertébraux, et l'apophyse odontoïde est légèrement incliné de ce côté.

(Professeur Breschet.)

N° 616. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de l'axis et de la troisième vertèbre cervicale; ankylose.

La soudure, beaucoup moins complète que sur la pièce précédente, est aussi plus étendue à droite qu'à gauche. A droite, elle occupe l'apophyse articulaire et la partie latérale du corps. A gauche, elle est bornée à un point restreint, à la petite apophyse qui surmonte la partie latérale du corps vertébral.

(Professeur Breschet.)

N° 617. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de l'axis et de la troisième vertèbre cervicale; ankylose.

La soudure sur cette pièce est bornée à l'apophyse articulaire droite, ainsi qu'à la partie latérale du corps du même côté.

(Professeur Breschet.)

N° 618. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des sixième et septième vertèbres cervicales; ankylose.

La soudure a lieu par trois points, à savoir : 1° le corps; 2° les apophyses articulaires; 3° les lames. Pour le corps, la fusion est complète à la périphérie, mais, sur une coupe verticale, on constate qu'elle n'existe pas dans tous les points au même degré; elle est plus complète pour la moitié droite que pour la gauche, où l'espace occupé par le disque est conservé. La réunion des apophyses articulaires paraît avoir lieu par fusion complète; celle des lames est bornée à la portion de cet os qui supporte l'apophyse épineuse.

(Professeur Breschet.)

N° 619. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des sixième et septième vertèbres cervicales; ankylose.

L'ankylose n'a lieu que par le corps des vertèbres, et elle est plus prononcée sur les parties latérales, au niveau des facettes articulaires du corps, et ensuite à la circonférence.
(Professeur Breschet.)

N° 620. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des sept vertèbres cervicales et des deux premières dorsales; ankylose.

Toutes ces vertèbres, à l'exception de l'atlas, présentent à la partie antérieure et moyenne de leur corps, un dépôt considérable de matière osseuse qui s'est fait sous le ligament antérieur. Ce dépôt est lisse à sa face antérieure; il est tellement abondant dans sa partie moyenne, qu'il présente une saillie d'environ 1 cent. 1/2 ; c'est un exemple d'ankylose par invagination partielle, limitée à la partie antérieure du corps des vertèbres. Ce plastron qui soude entre elles les pièces osseuses du rachis, présente quatre intersections qui constituent des articulations et au niveau desquelles les mouvements étaient encore possibles. Deux de ces articulations siégent à l'extrémité de la sécrétion osseuse qui se termine en pointe ; la supérieure est située au niveau de l'articulation du corps de la seconde avec la troisième vertèbre cervicale, l'inférieure à l'union de la première dorsale avec la seconde ; chacune des vertèbres qui limite la nouvelle sécrétion osseuse, ne présente sur la face antérieure de son corps, qu'un petit tubercule.

Les deux autres articulations forment des lignes sinueuses et sont situées : l'une à l'union de la cinquième avec la sixième vertèbre cervicale : c'est le point où la sécrétion est la plus abondante ; l'autre à l'union de la septième vertèbre cervicale avec la première dorsale. Cette pièce intéressante, au point de vue de l'ankylose, l'est également au point de vue de la physiologie des mouvements de l'articulation de la colonne vertébrale.

N° 621. — Tronçon de colonne vertébrale, constitué par les sept dernières vertèbres dorsales; ankylose par invagination partielle de la face antérieure des corps vertébraux.

C'est sur le côté latéral droit des vertèbres, que s'est fait, probablement dans l'épaisseur du ligament, le dépôt de matière osseuse.

Il est d'autant plus abondant qu'il est plus inférieur; sa face

antérieure est lisse et présente une saillie très-prononcée au niveau de l'articulation de chaque corps de vertèbre. Le disque fibreux interposé aux corps vertébraux était conservé, il semble même qu'il s'avançait dans l'espèce de saillie qui existe au niveau de chaque articulation.

Cette disposition est surtout évidente à la partie inférieure.

Les articulations des côtes, ainsi que celles des apophyses articulaires, ne sont point ankylosées.

N° 622. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des six dernières vertèbres dorsales ; ankylose par invagination partielle.

L'ankylose est produite par un dépôt de matière osseuse, qui s'est fait très-probablement dans la partie latérale droite du grand ligament antérieur. Il existe un renflement au niveau de chaque articulation ; le disque fibro-cartilagineux était conservé. Les autres articulations sont normales.

N° 623. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de six vertèbres dorsales à partir de la cinquième ; ankylose.

L'ankylose est, sur cette pièce, beaucoup plus complète que sur les précédentes. Il existe encore sur la face antérieure des corps, un dépôt de matière osseuse, principalement du côté droit et qui paraît situé dans le ligament antérieur, avec renflement au niveau des disques, qui paraissent avoir été conservés, à l'exception cependant de celui de la dernière vertèbre, qui est ossifié dans sa moitié antérieure.

Les apophyses épineuses, probablement par suite de l'ossification de leur ligament, commençaient à se souder ; pour deux vertèbres la soudure est même complète. Tous ces os portent la trace d'une grande vascularisation ; leur tissu est raréfié.

N° 624. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des cinq dernières vertèbres dorsales ; ankylose.

Il existe une ossification du ligament antérieur avec renflement au niveau des disques, qui sont moins épais et paraissent ossifiés par place. Des ossifications existent aussi au niveau des lames et elles suivent les fibres des ligaments élastiques. A gauche les apophyses articulaires de la neuvième et de la dixième vertèbre, ainsi que celles de la onzième et de la douzième, sont ankylosées. La dernière fausse côte droite est aussi soudée.

N° 625. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des quatre dernières dorsales; ankylose.

Cette pièce est dans un assez mauvais état de conservation; on constate cependant une ossification du ligament antérieur, surtout à droite, avec renflement au niveau des disques.

N° 626. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des quatre dernières vertèbres dorsales; ankylose.

L'ankylose, qui est bornée à la moitié latérale droite et a lieu par invagination, est probablement due à l'ossification des fibres du ligament antérieur, avec renflement considérable au niveau des disques, qui sont conservés.

N° 627. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des trois dernières vertèbres dorsales; ankylose.

L'ankylose, qui a lieu par invagination, est bornée à la moitié latérale des corps vertébraux; elle s'étendait probablement aux autres vertèbres, elle paraît résulter de l'ossification des fibres du ligament antérieur. Les os sont très-vasculaires, criblés de trous nombreux.

(Professeur Lassus.)

N° 628. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des trois dernières vertèbres dorsales; ankylose.

Sur chaque côté des corps des vertèbres, existe une soudure périphérique et par invagination, qui s'étendait probablement aux autres vertèbres. Cette soudure, qui résulte de l'ossification probable des fibres du ligament antérieur, s'étend à droite d'une manière incomplète aux apophyses articulaires. Le disque intervertébral de la onzième et de la douzième vertèbre présente un commencement d'ossification. Ces vertèbres sont criblées de trous vasculaires.

N° 629. — Tronçon de colonne vertébrale, composé très-probablement des dixième et onzième dorsales; ankylose.

Cette pièce est en assez mauvais état de conservation; l'ankylose, qui est par invagination, occupe la partie latérale droite de la colonne vertébrale et s'étendait probablement aux autres vertèbres.

antérieure est lisse et présente une saillie très-prononcée au niveau de l'articulation de chaque corps de vertèbre. Le disque fibreux interposé aux corps vertébraux était conservé, il semble même qu'il s'avançait dans l'espèce de saillie qui existe au niveau de chaque articulation.

Cette disposition est surtout évidente à la partie inférieure.

Les articulations des côtes, ainsi que celles des apophyses articulaires, ne sont point ankylosées.

N° 622. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des six dernières vertèbres dorsales ; ankylose par invagination partielle.

L'ankylose est produite par un dépôt de matière osseuse, qui s'est fait très-probablement dans la partie latérale droite du grand ligament antérieur. Il existe un renflement au niveau de chaque articulation ; le disque fibro-cartilagineux était conservé. Les autres articulations sont normales.

N° 623. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de six vertèbres dorsales à partir de la cinquième ; ankylose.

L'ankylose est, sur cette pièce, beaucoup plus complète que sur les précédentes. Il existe encore sur la face antérieure des corps, un dépôt de matière osseuse, principalement du côté droit et qui paraît situé dans le ligament antérieur, avec renflement au niveau des disques, qui paraissent avoir été conservés, à l'exception cependant de celui de la dernière vertèbre, qui est ossifié dans sa moitié antérieure.

Les apophyses épineuses, probablement par suite de l'ossification de leur ligament, commençaient à se souder ; pour deux vertèbres la soudure est même complète. Tous ces os portent la trace d'une grande vascularisation ; leur tissu est raréfié.

N° 624. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des cinq dernières vertèbres dorsales ; ankylose.

Il existe une ossification du ligament antérieur avec renflement au niveau des disques, qui sont moins épais et paraissent ossifiés par place. Des ossifications existent aussi au niveau des lames et elles suivent les fibres des ligaments élastiques. A gauche les apophyses articulaires de la neuvième et de la dixième vertèbre, ainsi que celles de la onzième et de la douzième, sont ankylosées. La dernière fausse côte droite est aussi soudée.

N° 625. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des quatre dernières dorsales; ankylose.

Cette pièce est dans un assez mauvais état de conservation; on constate cependant une ossification du ligament antérieur, surtout à droite, avec renflement au niveau des disques.

N° 626. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des quatre dernières vertèbres dorsales; ankylose.

L'ankylose, qui est bornée à la moitié latérale droite et a lieu par invagination, est probablement due à l'ossification des fibres du ligament antérieur, avec renflement considérable au niveau des disques, qui sont conservés.

N° 627. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des trois dernières vertèbres dorsales; ankylose.

L'ankylose, qui a lieu par invagination, est bornée à la moitié latérale des corps vertébraux; elle s'étendait probablement aux autres vertèbres, elle paraît résulter de l'ossification des fibres du ligament antérieur. Les os sont très-vasculaires, criblés de trous nombreux.

(Professeur Lassus.)

N° 628. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des trois dernières vertèbres dorsales; ankylose.

Sur chaque côté des corps des vertèbres, existe une soudure périphérique et par invagination, qui s'étendait probablement aux autres vertèbres. Cette soudure, qui résulte de l'ossification probable des fibres du ligament antérieur, s'étend à droite d'une manière incomplète aux apophyses articulaires. Le disque intervertébral de la onzième et de la douzième vertèbre présente un commencement d'ossification. Ces vertèbres sont criblées de trous vasculaires.

N° 629. — Tronçon de colonne vertébrale, composé très-probablement des dixième et onzième dorsales; ankylose.

Cette pièce est en assez mauvais état de conservation; l'ankylose, qui est par invagination, occupe la partie latérale droite de la colonne vertébrale et s'étendait probablement aux autres vertèbres.

N° 630. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de deux vertèbres dorsales; ankylose.

Il existe entre ces deux vertèbres, une soudure bornée aux apophyses articulaires et aux deux lames vertébrales.

N° 631. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de neuf vertèbres dorsales, très-probablement de la troisième à la onzième inclusivement; ankylose.

Cette pièce, en très-mauvais état de conservation, a très-probablement appartenu à un individu rachitique; les os, très-vasculaires, sont brunâtres; leur tissu est raréfié, friable. Il existe une scoliose à convexité dorsale droite, avec une légère torsion. Les corps vertébraux du côté de la concavité sont soudés ensemble, ainsi que les apophyses articulaires et les lames. Du côté de la convexité, la soudure n'existe pas pour les corps, elle n'occupe que les apophyses articulaires et les lames.

N° 632. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des septième, huitième, neuvième et dixième dorsales; ankylose.

Il existe une diminution de hauteur de la partie moyenne droite des corps vertébraux, d'où résulte une cyphose peu prononcée, avec une légère concavité à droite. Du côté de la cyphose et de la concavité il existe, pour les corps vertébraux, une soudure par invagination, avec renflement de la matière osseuse au niveau des articulations. Les apophyses épineuses, très-inclinées, presque verticales, sont notablement plus longues que dans l'état normal.

N° 633. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de quatre vertèbres dorsales; ankylose.

Ces vertèbres ont été affectées de carie dans leur corps, qui est à peu près complétement détruit en avant pour les deux vertèbres du milieu; il en est résulté un affaissement considérable de la surface supérieure du corps de la vertèbre supérieure.

Sa surface articulaire supérieure regarde presque directement en avant.

Le canal rachidien décrit une courbe, mais sans être rétréci. Les apophyses épineuses, au lieu d'être imbriquées, sont au contraire relevées; les trous de conjugaison sont rétrécis et déformés.

La colonne vertébrale est maintenue dans cette position par une ankylose des apophyses articulaires, l'ossification des ligaments jaunes et l'ankylose des corps vertébraux, au sein desquels un séquestre est même encore emprisonné.

N° 624. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de trois vertèbres dorsales; ankylose.

Sur cette pièce on constate que les corps vertébraux affectés de carie ont notablement diminué de volume, d'où est résulté une inflexion très-prononcée de la colonne vertébrale en avant avec écartement des apophyses épineuses. Les corps vertébraux sont ankylosés par fusion dans cette position vicieuse, et on retrouve à leur centre un séquestre. La soudure s'est étendue aux apophyses articulaires et à une partie des lames. La surface antérieure du corps des vertèbres est rugueuse, inégale et présente des dépressions qui contenaient très-probablement de la matière tuberculeuse; une de ces cavités communique avec une cavité centrale, située au milieu des corps vertébraux.

N° 625. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de la douzième vertèbre dorsale et de la première lombaire; ankylose.

Cette lésion paraît plutôt appartenir à une fracture par écrasement; le corps de la première vertèbre lombaire, affaissé sur lui-même, a en grande partie disparu. La partie supérieure et antérieure de son corps est luxée en avant, encadre d'un cercle osseux la partie inférieure du corps de la douzième dorsale, tandis que la moitié inférieure s'est portée en arrière et fait saillie dans le canal rachidien. Ce fragment postérieur semble, en outre, avoir été le siége d'une fracture verticale; les apophyses articulaires et les lames ne sont pas soudées entre elles.

N° 625 a — Tronçon de colonne vertébrale, composé de trois vertèbres lombaires; ankylose.

Les corps vertébraux sur cette pièce ont été profondément altérés, en grande partie même détruits, ainsi que les disques. Ces altérations ont probablement été produites par la présence de tubercules; une ossification incomplète avec jetées osseuses a ankylosé par invagination périphérique les corps vertébraux; les apophyses articulaires sont aussi en grande partie soudées.

N° 636. — Les trois dernières vertèbres dorsales, les cinq lombaires et le bassin; ankylose.

Tous ces os sont soudés entre eux et forment une tige inflexible. L'ankylose des corps vertébraux, dorsaux et lombaires, a lieu par invagination partielle, ossification du ligament antérieur. Dans la région dorsale c'est à droite que la soudure s'est opérée; pour les vertèbres lombaires, c'est au contraire à gauche et sur la face antérieure. Les deux dernières vertèbres lombaires présentent une ossification de leur disque.

Les apophyses articulaires, celles surtout de la région lombaire, sont en grande partie soudées, et cette soudure présente même une saillie plus ou moins boursouflée, ayant la forme d'une noisette. Un certain nombre de ligaments jaunes sont également ossifiés.

Les deux symphyses sacro-iliaques présentent aussi une ankylose incomplète; tous ces os portent les traces nombreuses d'une inflammation intense. Ils sont en outre le siége dans leur généralité d'une hypertrophie considérable.

(Professeur Desault.)

N° 637. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de la douzième vertèbre dorsale, des cinq lombaires et de la partie supérieure du sacrum; ankylose.

L'ankylose sur cette pièce est générale, c'est-à-dire qu'elle occupe la plus grande partie des articulations. Pour les corps vertébraux il existe une ankylose par invagination; seulement à l'inverse de la région dorsale, c'est sur le côté gauche que le dépôt de matière osseuse est le plus abondant dans le ligament antérieur; les disques intervertébraux de la quatrième et cinquième lombaire sont en grande partie ossifiés. Dans ces points la soudure est donc mixte : elle est à la fois par invagination et par intermède. Les apophyses articulaires et les lames sont ankylosées dans la région lombaire, et les ligaments inter-épineux sont également ossifiés.

N° 638. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des cinq vertèbres dorsales et du sacrum; ankylose.

Cette pièce est en assez mauvais état de conservation, tous les os sont soudés ensemble et forment une tige inflexible. L'ankylose des corps vertébraux qui a lieu par invagination, est plus étendue à gauche qu'à droite, elle est produite par l'ossification

du ligament antérieur. On distingue par intervalle les espaces intervertébraux qui sont vides.

Les apophyses articulaires sont soudées, ainsi que les lames, par l'ossification du ligament jaune, et les apophyses épineuses par l'ossification du ligament inter-épineux.

N° 639. — Manque.

N° 640. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de deux vertèbres lombaires ; ankylose.

Cette pièce est en très-mauvais état de conservation ; la partie antérieure des corps vertébraux est détruite. Il y a soudure périphérique des apophyses articulaires gauches, par ossification des ligaments; les surfaces articulaires sont conservées.

N° 641. — Manque.

N° 642. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de deux vertèbres lombaires ; ankylose.

La soudure des corps vertébraux est complète et par fusion, le disque a disparu, et les cellules du tissu spongieux se continuent sans interruption d'une vertèbre dans l'autre; c'est à peine si on retrouve des traces d'ossification du ligament antérieur. Il existe une ankylose des apophyses articulaires, et une ossification à gauche du ligament jaune, ainsi que du ligament inter-épineux.

N° 643. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des trois vertèbres lombaires ; ankylose.

Ces vertèbres paraissent avoir appartenu à un individu rachitique. Il existe sur ces vertèbres une courbure à convexité gauche et antérieure ; du côté de la concavité les apophyses articulaires ainsi que les lames sont ankylosées.

N° 644. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de la douzième vertèbre dorsale et de la première lombaire ; ankylose.

Cette pièce paraît avoir appartenu à un individu rachitique, et affecté de cyphose. Le corps de la douzième vertèbre dorsale est

affaissé sur lui-même, taillé en biseau, il est plus épais en arrière qu'en avant, d'où résulte l'incurvation du rachis.

La partie antérieure du corps de ces deux vertèbres présente une ankylose par invagination ; les autres articulations sont normales.

Deuxième sous-ordre.

ANKYLOSES EXTRINSÈQUES DE LA COLONNE VERTÉBRALE, COTES ET BASSIN.

Les pièces relatives aux articulations extrinsèques de la colonne vertébrale sont au nombre de quatorze, du n° 645 au n° 655 inclusivement. Toutes ces ankyloses portent sur les articulations des côtes et du bassin.

Les côtes sont susceptibles de se souder, soit par leur extrémité antérieure ou postérieure. Les côtes supérieures et les inférieures sont celles sur lesquelles l'ankylose se manifeste en premier. Il existe dans le musée n^{os} 645, 646 et 647 trois pièces d'ankylose de l'extrémité sternale des côtes ; sur les trois, le cartilage est enveloppé d'une gaîne osseuse qui le contient dans sa cavité, et soude ainsi comme par une virole les côtes au sternum. Sur les deux premières pièces, l'articulation du cartilage avec le sternum est conservée, sur la pièce n° 647 l'extrémité sternale du cartilage étant ossifiée, la fusion est complète.

Les pièces n^{os} 648, 649, 650 et 651 sont relatives à des ankyloses de l'extrémité postérieure des côtes ; cette ankylose peut à la fois être costo-vertébrale et transverso-costale ; sur la pièce n° 649 qui est une fausse côte gauche, l'ankylose costo-vertébrale est bornée à la facette supérieure, l'inférieure est libre. La pièce n° 651 *a* résume à elle seule toutes les ankylose extrinsèques. C'est la colonne vertébrale du nommé Séraphin, inventeur en France des Ombres chinoises; cette pièce a été donnée au musée par Dupuytren. L'ankylose occupe toutes les articulations intrinsèques et extrinsèques du rachis, et dans son ensemble la colonne vertébrale est affectée d'une cyphose générale.

Les pièces détachés d'ankyloses du bassin sont au nombre

de cinq, nos 652, 653, 654, 654 *a*, 655, desquelles doit être rapproché le n° 636. Sur toutes ces pièces la soudure osseuse est bornée à l'articulation sacro-iliaque, et dans la plupart l'ankylose est périphérique ; le dépôt de matière osseuse, qui semble s'être fait dans les ligaments, occupe la partie antérieure et supérieure de l'articulation. Sur la pièce n° 655, l'ankylose est par fusion ; dans la partie supérieure il est encore possible de délimiter la portion de la surface articulaire, mais plus bas la fusion est complète ; les cellules du tissu spongieux du sacrum et de l'os iliaque se communiquent.

N° 645. — Première pièce du sternum, avec la portion cartilagineuse des deux premières côtes ; ankylose.

A gauche, le cartilage de la côte est enveloppé d'une gaine osseuse périphérique, incomplète en arrière, qui la soude au sternum, mais la surface articulaire est conservée. A droite on rencontre la même disposition pour la portion périphérique du cartilage, mais la surface articulaire est soudée.

N° 646. — Sternum, avec plusieurs côtes ; ankylose.

Le cartilage des deux premières côtes est enveloppé d'une gaine osseuse périphérique, plus complète en avant qu'en arrière, qui les soude au sternum ; la soudure est plus complète à droite qu'à gauche. La seconde côte présente une disposition identique. La cinquième du côté droit et la sixième du côté gauche, sont également ankylosées par une gaine osseuse périphérique au cartilage. Ces os, qui sont en assez mauvais état de conservation, sont légers et présentent une raréfaction de leur tissu.

N° 647. — Première pièce du sternum, avec les deux premières côtes ; ankylose.

On constate sur cette pièce qu'il s'est formé une virole osseuse complète, dans laquelle se trouve enfermé le cartilage, et la fusion de la gaine osseuse de la côte avec le sternum est complète. Les côtes en arrière n'avaient contracté aucune union avec la colonne vertébrale.

N° 648. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des cinq dernières vertèbres cervicales, des deux premières dorsales, avec leurs côtes correspondantes; ankylose.

Les vertèbres sont toutes ankylosées par l'ossification de leur ligament antérieur seulement, les autres surfaces articulaires sont libres. Les deux premières côtes de chaque côté sont soudées aux corps vertébraux par leur tête, pour l'articulation costo-transversaire, l'ankylose est incomplète; les surfaces articulaires sont conservées, il s'est fait seulement des incrustations osseuses de quelques ligaments.

N° 649. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de la moitié gauche de deux vertèbres dorsales et d'une fausse côte; ankylose.

Les vertèbres sont ankylosées en avant par invagination, mais l'ankylose de la fausse côte est surtout remarquable, parce que la soudure est limitée à la facette articulaire supérieure. La facette inférieure est libre d'adhérence, ainsi que celle de la tubérosité.

N° 650. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de trois vertèbres dorsales et de la partie postérieure d'une côte droite; ankylose.

La tête de la côte est ankylosée avec les vertèbres par une ossification très-complète de son ligament antérieur; la tubérosité est libre d'adhérence avec l'apophyse transverse.

N° 651. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de quatre vertèbres dorsales, avec trois côtes du côté gauche; ankylose.

Ces os appartiennent à un individu qui était rachitique ; il existe une scoliose à convexité dorsale droite et postérieure, avec rotation des corps vertébraux en avant. Dans l'ankylose rachitique, c'est plutôt au niveau du col de la côte qu'au niveau de la tête que commence la soudure.

La première côte de cette pièce est unie à la fois par sa tête et par sa tubérosité; de plus elle est soudée par son bord inférieur avec la côte située au-dessous. La deuxième côte est unie par sa tubérosité et par son corps, mais la tête n'a contracté aucune adhérence. La troisième côte est soudée par sa tête à la vertèbre,

et par son bord supérieur à la côte immédiatement située au-dessus.

Toutes ces côtes sont convexes en arrière au niveau des apophyses transverses, pour redevenir concaves un peu en avant. Les vertèbres sont soudées par leurs apophyses articulaires et transverses, qui se sont inclinées les unes sur les autres.

N° 652. — Cette pièce se compose des deux dernières vertèbres lombaires, du sacrum et de l'os coxal du côté droit; ankylose.

L'ankylose du sacrum et des deux dernières vertèbres lombaires a lieu par invagination, et résulte de l'ossification du ligament antérieur. La soudure est plus étendue pour les vertèbres à gauche, elle occupe les deux cotés au niveau de l'union de la dernière vertèbre avec le sacrum. Pour la symphyse sacro-iliaque, l'ankylose est également périphérique ; elle est bornée à la partie antérieure et supérieure de cette articulation.

N° 652 a. — Colonne vertébrale avec la partie postérieure de la base du crâne, le sacrum et l'os iliaque gauche; ankylose.

Cette pièce, une des plus intéressantes au point de vue de l'étendue de la lésion, est la colonne vertébrale de Séraphin, l'inventeur des Ombres chinoises en France. Le théâtre sur lequel il exerçait étant peu élevé, cet homme avait passé une grande partie de sa vie fortement courbé sur lui-même, et c'est probablement à cette cause que doit être rapportée l'altération que présente la colonne vértébrale.

La colonne vertébrale, ankylosée dans toute son étendue, forme une tige inflexible à concavité assez régulière en avant; c'est un très-bel exemple de cyphose générale. Il existe sur la face antérieure des corps des vertèbres, un dépôt de matière osseuse qui les enveloppe dans toute l'étendue et se confond avec la lame de tissu compacte, qui semble former un tout continu. Les disques intervertébraux, pour la plupart, sont intacts; on en rencontre cependant quelques-uns dans la région dorsale et cervicale, au sein desquels l'ossification a commencé. L'ankylose est donc à la fois périphérique et par intermède. La face postérieure du corps des vertèbres présente aussi une ossification de son ligament, mais elle est moins avancée que celui de la face antérieure. Les apophyses articulaires et les lames sont ankylosées dans toute l'étendue de la colonne. Les apophyses épineuses sont libres. L'apophyse odontoïde est soudée avec l'atlas, et cette dernière, dans toutes ces articulations, est soudée avec l'occipital. Toutes les côtes des deux côtés sont ankylosées

dans leurs articulations postérieures, vertébro-costales et costo-transversaires.

N° 652*b*. — Portion de colonne vertébrale d'un cheval; ankylose.

Sur cette pièce, on constate l'ankylose par invagination de la face antérieure de la plupart des corps vertébraux, avec soudure d'un certain nombre d'apophyses articulaires de lames et d'apophyses épineuses.
(Professeur Lœnnec.)

N° 653. — Bassin d'homme adulte; ankylose.

Les deux symphyses sacro-iliaques sont ankylosées par invagination périphérique de leur partie supérieure seulement. Le dépôt de matière osseuse semble s'être fait dans l'épaisseur du ligament sacro-iliaque. Du côté droit, où la lame invaginante a été fracturée, on peut constater que la surface articulaire est libre d'adhérence. La symphyse pubienne n'est point ankylosée; les os ont leur aspect normal.

N° 654. — Sacrum, avec l'os iliaque gauche; ankylose.

L'ankylose de l'articulation sacro-iliaque gauche a lieu par invagination. Le dépôt de matière osseuse, beaucoup plus étendu que sur la pièce précédente, occupe la partie supérieure et antérieure de l'articulation. Le ligament antérieur, par son ossification, paraît seul avoir déterminé cette soudure.

N° 654*a*. — Sacrum et os iliaque du côté droit; ankylose.

Il existe sur cette pièce une soudure par invagination de la partie supérieure et antérieure de l'articulation sacro-iliaque, qui paraît résulter de l'ossification des ligaments.

N° 655. — Sacrum et os iliaque du côté droit; ankylose.

Sur cette pièce, on ne retrouve plus l'espèce de bourrelet qui invagine les surfaces articulaires. L'ankylose est complète et par fusion. Une section, pratiquée sur le centre de cettea rticulation, montre que, dans la partie supérieure, une lame de tissu compacte sépare encore les cellules spongieuses du sacrum de celles

de l'os iliaque; mais à la partie inférieure, toute distinction est impossible; la fusion est complète.

ORDRE 2.

Ankyloses des membres.

Cet article se divise tout naturellement en deux sous-ordres distincts, à savoir : 1° ankyloses des membres supérieurs; 2° ankyloses des membres inférieurs.

Premier sous-ordre.

ANKYLOSES DES MEMBRES SUPÉRIEURS.

Les pièces relatives aux ankyloses des membres supérieurs sont au nombre de trente-trois, du n° 656 à 682 inclusivement. Une seule pièce, n° 656, occupe l'articulation scapulo-humérale. La soudure, qui est par fusion, est aussi complète que possible; elle est sans déformation des extrémités articulaires, et les cellules du tissu spongieux de la tête humérale se continuent d'une manière régulière, et sans ligne de démarcation avec celles du scapulum. Rien, sur cette pièce, ne peut faire supposer la cause première de la lésion.

Dix-neuf pièces, du n° 657 à 670 inclusivement, sont relatives à des ankyloses de l'articulation du coude. Deux, n°s 671 et 672, sont des ankyloses de l'articulation radio-cubitale supérieure. Dix pièces, du n° 673 à 681, sont des exemples d'ankyloses de l'articulation radio-cubitale inférieure; mais, sur ces pièces, l'ankylose occupe presque toujours à la fois les articulations radio-carpiennes, carpiennes et métacarpiennes. Une seule pièce, n° 682, est relative à une soudure des phalanges.

Les pièces d'ankylose du coude sont les plus nombreuses de cet ordre, puisqu'à elles seules, elles en constituent plus de la moitié. Il existe dans ces ankyloses quelques variétés que je crois devoir rappeler ici. Sur les pièces n°s 658, 659,

662, 663, 665, 667, 669, l'ankylose a soudé ensemble les trois os de l'articulation, et, dans toutes ces pièces, elle est par fusion. Sur la pièce n° 657, en même temps que la soudure immobilise l'articulation, il y a invagination des extrémités articulaires. Sur les pièces nos 664 et 665, en même temps qu'il y a fusion des extrémités, il existe des jetées osseuses, qui augmentent encore la solidité de l'ankylose.

Il peut encore arriver que l'ankylose n'intéresse que deux os : le cubitus et l'humérus, nos 657, 660, 661, 664, 668. Ils sont ankylosés par fusion, tandis que l'articulation radio-humérale supérieure a conservé, en grande partie, sa mobilité.

La position de l'avant-bras, sur toutes ces pièces, n'est pas la même. Dans la plupart, l'avant-bras se trouve dans une demi-flexion sur le bras, et le radius est dans une position moyenne entre la pronation et la supination. Quelquefois, nos 657 et 661, l'ankylose s'est faite en ligne droite, la flexion, au contraire peut être exagérée, nos 660 et 670; sur ces deux pièces, elle est si considérable, que l'avant-bras forme avec le bras un angle d'environ 45 degrés. Les os présentent une déformation assez remarquable, que l'on rencontre à l'état rudimentaire sur quelques autres. Ils sont aplatis latéralement, et leur partie antérieure, au niveau de l'articulation, est notablement augmentée de volume.

N° 656. — Humérus et omoplate du côté droit; ankylose.

L'ankylose scapulo-humérale est complète et par fusion; il est impossible de pouvoir délimiter les surfaces articulaires qui appartiennent à la tête ou à la cavité glénoïde; les cellules du tissu spongieux se continuent sans ligne de démarcation. On ne constate aucune trace de lésion des extrémités osseuses, qui ne sont point déformées. L'étiologie, sur cette pièce, est complétement muette sur l'origine de cette soudure. Le bras est dans une position verticale parallèle au tronc.

N° 657. — Articulation huméro-cubitale gauche; ankylose.

Le cubitus est ankylosé en ligne droite avec l'humérus; la

soudure complète est par fusion. Il y a continuité des cellules du tissu spongieux. Ces os sont couverts de nombreuses végétations osseuses, qui témoignent de l'existence d'une inflammation intense, mais qui est restée limitée aux extrémités articulaires. Le radius n'était point ankylosé ; il a été perdu. La petite tête de l'humérus présente à sa partie antérieure une partie articulaire, qui est lisse et qui devait être encroûtée de cartilage.

N° 658. — Humérus, cubitus et radius gauche; ankylose de l'articulation huméro-cubitale.

L'ankylose est complète et par fusion. Les cellules du tissu spongieux se continuent sans ligne de démarcation pour le radius, et les extrémités articulaires sont peu déformées. La lésion primitive paraît être bornée au coude. Les deux os de l'avant-bras sont en demi-flexion, et le radius, qui est en pronation, est ankylosé dans sa partie supérieure avec le cubitus.

N° 659. — Humérus, avec les deux os de l'avant-bras du côté gauche; ankylose huméro-cubitale.

Le radius et le cubitus sont ankylosés avec l'humérus sous un angle droit, et le radius dans une demi-pronation. L'ankylose est par fusion; il est encore possible cependant pour le cubitus de délimiter les surfaces articulaires. Ces trois os, qui sont peu vasculaires, sont sensiblement augmentés dans leur diamètre antéro-postérieur et diminués dans le transverse.

N° 660. — Humérus et cubitus droit; ankylose huméro-cubitale.

L'humérus et le cubitus sont ankylosés par fusion; dans une flexion forcée, ils forment ensemble un angle de 45 degrés. Les cellules du tissu spongieux se communiquent sans interruption. Ces os sont en outre le siége d'une déformation assez notable ; ils sont aplatis latéralement dans toute leur longueur, et il existe, à l'endroit de la soudure, un accroissement considérable en épaisseur du côté de la concavité, qui a son maximum d'intensité au niveau du point où la flexion est la plus prononcée. La petite tête de l'humérus, ainsi que la petite cavité sygmoïde du cubitus, sont conservées, ce qui indique que le radius jouissait encore d'une certaine mobilité.

N° 661. — Humérus et cubitus droit; ankylose huméro-cubitale.

Le cubitus est soudé avec l'humérus presque en ligne droite l'ankylose est par fusion, le cubitus est en outre le siége d'une déformation assez notable, il a subi un mouvement de torsion sur son axe dans sa partie supérieure; son bord externe, devenu très-saillant, est dirigé en avant. Le radius, entraîné par le mouvement de rotation du cubitus, était luxé en avant, où l'on retrouve sur l'humérus une facette articulaire qui indique sa position. Le condyle huméral et l'épicondyle sont atrophiés.

N° 662. — Humérus, cubitus et radius du côté droit; ankylose du coude.

Ces os me paraissent appartenir à un individu rachitique parvenu à la période de réossification. Le radius et le cubitus sont soudés à angle droit avec l'humérus, l'ankylose est par fusion; les deux os de l'avant sont en outre soudés ensemble dans leur partie supérieure seulement. Les dimensions transversales de l'articulation sont diminuées, mais le diamètre antéro-postérieur est augmenté, par le dépôt de matière osseuse nouvelle à sa face antérieure qui correspond à sa concavité.

N° 663. — Articulation huméro-cubitale du côté droit; ankylose.

Ces os sont le siége d'une altération probablement due au rachitisme; ils ont tous pris une disposition fusiforme qui fait que leur grosse extrémité correspond au niveau de l'articulation du coude. Le cubitus est ankylosé par fusion à angle droit avec l'humérus; le radius, qui est placé dans une demi-pronation au-devant du cubitus, n'a contracté aucune adhérence avec ce dernier, il est seulement soudé avec la petite tête humérale.

N° 664. — Humérus et cubitus du côté droit; ankylose.

Ces os ont très-probablement appartenu à un individu rachitique; l'humérus et le cubitus sont soudés à angle obtus, sans ligne de démarcation bien sensible. Quelques saillies en dedans et en dehors indiquent seulement le point de réunion, c'est un exemple d'ankylose par fusion; les deux os sont aplatis latérale-

ment. Ce qu'il y a de remarquable sur cette pièce, c'est que l'on ne trouve pas de condyle de l'humérus, il a totalement disparu. Il existe cependant, à la partie externe de la soudure, une petite saillie osseuse au-dessous de laquelle le cubitus présente une petite facette qui paraît avoir été articulaire. Le radius manque.

N° 665. — Articulation huméro-cubitale du côté droit; ankylose.

Les os de l'avant-bras sont soudés presque à angle droit; les extrémités osseuses articulaires, au lieu d'avoir diminué de volume, comme sur les pièces précédentes, ont, au contraire, augmenté. Ces extrémités sont, en outre, couvertes de stalactites osseuses, qui sont plus développées à la partie interne qu'à l'externe. L'ankylose est à la fois par fusion et par jetées osseuses; le radius, à demi luxé en avant sur l'humérus, est soudé à la fois avec le condyle de l'humérus et le cubitus. Ces os, dans toute leur longueur sont hypertrophiés. Cette ankylose est probablement consécutive à une tumeur blanche.

N° 665 *a*. Portion inférieure de l'humérus droit, avec la partie supérieure du cubitus; ankylose.

L'ankylose entre l'humérus et le cubitus est complète et par fusion. A la place de la petite tête humérale existe une vaste facette articulaire concave, qui devait s'articuler avec l'extrémité supérieure du radius qui n'existe point sur cette pièce. La cavité sygmoïde du cubitus est également agrandie, et cet os paraît un peu tordu d'arrière en avant et de dehors en dedans.
(Professeur Malgaigne.)

N° 665 *b*. — Portion inférieure de l'humérus droit et de la partie supérieure des deux os de l'avant-bras; ankylose.

Les extrémités articulaires des trois os, mais principalement du cubitus et du radius, sont assez déformées; ces déformations rappellent assez bien celles de l'arthrite sèche, à un degré encore peu avancé. L'articulation huméro-cubitale est soudée par des brides fibreuses et quelques petits points osseux, l'ankylose est donc incomplète. Celle du radius ne présente aucune trace de soudure, seulement les surfaces articulaires sont en grande partie dépourvues de leur cartilage d'encroûtement.

N° 665 *c*. — Articulation du coude droit; ankylose.

Cette pièce, qui a été trouvée dans les amphithéâtres des hôpi-

taux, est sans renseignements : l'avant-bras est fléchi presque à angle droit, et dans une situation moyenne entre la pronation et la supination.

Les trois os du coude sont déformés à divers degrés et soudés ensemble. A la partie supérieure de l'épitrochlée, existe une saillie osseuse dont le sommet est relié à la base de cet os par une espèce de pont au-dessous duquel passait le nerf cubital. La cavité olécrânienne est en partie comblée, et l'olécrâne se trouve dévié en dehors et rapproché de l'épicondyle ; le ligament antérieur de l'articulation humérale, complétement ossifié dans ses trois quarts inférieurs, forme une demi-capsule très-solide, qui se continue inférieurement avec le cubitus, et qui, par sa partie supérieure, envoie dans l'épaisseur du brachial antérieur, une lame osseuse longue de 4 centimères et terminée en pointe.

Le radius et le cubitus sont soudés par leurs extrémités supérieures ; il existe au pourtour de la tête du radius un bourrelet osseux circulaire, qui semble dû à l'ossification du ligament annulaire. Cette lésion a été probablement occasionnée par une arthrite sèche ; les cartilages étaient amincis, érodés et dans certains points ils avaient disparu.

(M. Sebillotte. *Soc. anat.*, 1850, T. XXV, p. 66.)

N° 665 *d*. — **Portion inférieure de l'humérus droit, avec la partie supérieure du cubitus correspondant ; ankylose.**

Cette pièce très-intéressante est malheureusement sans renseignements. On constate que l'articulation huméro-cubitale est conservée et que la petite tête de l'humérus est normale ; le radius manque. De la partie antérieure de la diaphyse de l'humérus, et dans une étendue assez considérable, 7 centimètres, naît une énorme colonne osseuse, qui se confond avec cet os jusqu'à environ 2 centimètres 1/2 de la trochlée. Cette colonne, passant en avant de l'articulation sans y adhérer, vient se souder au sommet de l'apophyse coronoïde, à sa base et à la partie supérieure de la face antérieure et du bord antérieur du cubitus, dans une étendue d'environ 4 centimètres. Cette espèce de colonne osseuse, dont il est difficile de préciser l'origine, immobilise complétement l'avant-bras, et au niveau de sa partie libre, qui est assez lisse et arrondie, elle présente une circonférence de 6 centimètres.

(M. Houel.)

N° 665 *c*. — **Articulation huméro-cubitale du côté gauche ; ankylose.**

L'humérus et le cubitus sont aplatis latéralement ; la cavité

olécrânienne est en grande partie oblitérée par des dépôts osseux. L'humérus et le cubitus sont soudés à angle droit; l'ankylose a lieu par fusion complète, sans augmentation de volume des extrémités articulaires. Les cellules spongieuses de l'humérus se continuent avec celles du cubitus.

La petite tête humérale, très-atrophiée, ainsi que l'épicondyle, présente à sa partie antérieure, une facette articulaire concave transversalement, encroûtée de cartilage, et qui s'articulait avec le radius, qui devait avoir conservé sa mobilité.

(Professeur Broca.)

N° 666. — Articulation huméro-cubitale du côté gauche; ankylose, suite de fracture.

L'ankylose des deux os de l'avant-bras est à angle droit, et consécutive à une fracture intra-articulaire de l'extrémité inférieure de l'humérus, qui a été séparée de la diaphyse par une solution de continuité transversale. Le fragment articulaire a été divisé en plusieurs parties. La consolidation osseuse qui a constitué l'ankylose est telle, que l'épiphyse humérale en totalité se trouve déviée en arrière et en dehors; la diaphyse humérale, au contraire, projetée en dehors, se trouve plus directement unie au radius. Le coude est irrégulier et notablement déformé.

N° 667. — Humérus droit, avec les deux os de l'avant-bras; ankylose du coude.

L'ankylose est consécutive à une fracture oblique de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le fragment épiphysaire est multiple et a remonté en dehors, tandis que la diaphyse humérale s'est portée en dedans, et se trouve correspondre plus directement au cubitus. Tous ces os sont soudés ensemble, ceux de l'avant-bras sont à demi fléchis, et le radius tourné en pronation est ankylosé à sa partie supérieure seulement avec le cubitus. Le cal, qui est très-volumineux, est très-irrégulier, ce qui tient autant au déplacement des fragments qu'à la consolidation elle-même.

N° 668. — Humérus et cubitus gauche; ankylose du coude.

L'humérus, le cubitus et le radius, dans leur articulation huméro-cubitale, ont été le siége d'une fracture par écrasement. Il est presque impossible aujourd'hui de reconnaître la disposition des fragments, une partie des os a même été perdue. Mais on constate néanmoins une ankylose par fusion du cubitus avec

l'humérus, qui est consécutive à de grands désordres articulaires.

N° 669. — Portion inférieure de l'humérus gauche, avec les deux os de l'avant-bras; ankylose du coude.

A la face postérieure de l'olécrâne et à sa base, existe une dépression transversale, qui est le résultat probable d'une fracture, consolidée par un cal osseux. C'est probablement à la suite de cette lésion que s'est produite l'ankylose par fusion des deux os de l'avant-bras avec l'humérus. L'avant-bras est à demi fléchi, et le radius en demi-pronation; le cubitus est aussi soudé avec le radius à sa partie supérieure.

Le cubitus est, en outre, infléchi dans sa longueur, de manière à décrire une courbe à concavité interne ayant 20 millimètres de flèche. Le radius présente au milieu de sa longueur une hypersécrétion périostique qui simule un cal.

N° 670. — Portion inférieure de l'humérus droit avec la partie supérieure des deux os de l'avant-bras; ankylose du coude.

La soudure est par fusion et aussi complète que possible, elle s'est produite dans une flexion forcée des os de l'avant-bras, qui forment avec l'humérus un angle de 45 degrés. Ces trois os sont aplatis latéralement, et le diamètre transversal de l'articulation est lui-même très-diminué. Le radius est dans une demi-pronation sur le cubitus; l'augmentation de volume du diamètre antéro-postérieur de ces os, est surtout prononcée au niveau de l'ankylose, et n'existe que du côté de la flexion, où le relief qu'elle constitue se présente sous forme de crête saillante.

A la partie postérieure de l'olécrâne existe une cavité circonscrite, dont le plus grand diamètre a environ 18 millimètres; cette cavité qui est assez profonde, anfractueuse, est probablement consécutive à des dépôts tuberculeux.

N° 671. — Cubitus et radius du côté gauche; ankylose de l'extrémité supérieure du radius avec le cubitus.

Cette pièce est profondément altérée et peu démonstrative. On peut constater cependant, étant dans une demi-pronation, que le radius est ankylosé par fusion avec le cubitus au niveau de la cupule; une seconde adhérence existe au niveau de la tubérosité bicipitale. Dans ce dernier point, la jetée osseuse qui unit les deux os, paraît produite par l'ossification du ligament.

N° 672. — Cubitus et radius gauche; ankylose de l'extrémité supérieure de ces deux os entre eux.

La grande cavité sygmoïde du cubitus paraît avoir été le siége d'une arthrite sèche ; sa surface, en grande partie dépourvue de cartilage, est devenue rugueuse, inégale, et son pourtour a été le siége de sécrétions osseuses qui l'ont aggrandie. L'humérus qui n'existe plus devait être à demi luxé en dehors, car on retrouve encore en dehors de la tête radiale, une rainure qui a dû être produite par lui; le radius dans sa cupule est ankylosé avec le cubitus en demi pronation; au niveau de la tubérosité bicipitale il existe bien quelques végétations, qui rétrécissent l'espace interosseux, mais il n'y a pas soudure. L'articulation inférieure est libre.

N° 673. — Radius et cubitus du côté droit, avec les os du carpe et du métacarpe; ankylose radio-carpienne et carpo-métacarpienne.

Le radius est dans une demi-pronation, l'articulation radio-cubitale supérieure est mobile, l'inférieure est ankylosée par fusion, ainsi que l'articulation radio-carpienne. Tous les os du carpe sont soudés entre eux, ceux du métacarpe, à l'exception du pouce, sont ankylosés avec les os du carpe. Cette lésion paraît consécutive à une carie, le second métacarpien qui a été fracturé près de son extrémité supérieure, est consolidé par un cal osseux.

N° 674. — Cubitus et radius du côté gauche, avec une partie des os du carpe et du métacarpe; ankylose.

Cette pièce est dans un état assez mauvais de conservation. Le radius à sa partie inférieure est soudé par fusion avec le cubitus, et avec les os du carpe qui sont également ankylosés entre eux. Ces os sont en outre le siége de déformations notables, qui paraissent résulter d'une fracture par écrasement. Les métacarpiens qui sont au nombre de quatre, et dont quelques-uns ont également été fracturés, sont soudés avec les os du carpe; la main est en supination.

N° 675. — Portion inférieure du cubitus et du radius gauche, avec le carpe et les cinq os du métacarpe; ankylose.

Le radius et le cubitus tuméfiés dans leur partie inférieure, sont, comme une coupe verticale le démontre, le siége d'une sé-

crétion périostique. Ces os sont, en outre, ankylosés par fusion, l'ankylose s'étend à l'articulation radio-carpienne, à tous les os du carpe, et aux cinq métacarpiens.

Le carpe paraît avoir été le siége primitif de la lésion, qui est très-probablement consécutive à une carie tuberculeuse. On trouve en effet, à la place du grand os et de l'os crochu, qui sont en grande partie détruits, une vaste cavité avec perte de substance, dont les parois assez lisses attestent un commencement de cicatrisation. La fusion pour le carpe est tellement complète, qu'il est impossible aujourd'hui d'assigner des limites précises à chacun des os qui le compose.

N° 675 *a*. — Portion inférieure du cubitus et du radius droit, avec le scaphoïde; ankylose.

La partie inférieure du cubitus paraît avoir été écrasée, les fragments sont soudés entre eux, et le scaphoïde, qui paraît aussi avoir été fracturé, est ankylosé par fusion avec la partie inférieure du radius.

(Professeur Malgaigne.)

N° 676. — Scaphoïde, trapèze et trapézoïde gauche, avec les troisième et quatrième métacarpiens; ankylose.

Tous ces os sont soudés entre eux, tandis que l'articulation radio-carpienne était encore mobile, comme l'atteste la surface articulaire du scaphoïde. Cette lésion est probablement consécutive à une carie.

N° 677. — Portion inférieure des deux os de l'avant-bras droit, avec la main correspondante; ankylose.

Tous les os du carpe sont ankylosés entre eux excepté le pisiforme, la soudure est par fusion; il est cependant encore possible de les délimiter; le radius, dans son articulation carpienne, est également soudé au scaphoïde, au semi-lunaire et au pyramidal. Pour les métacarpiens, le premier et le cinquième sont libres et mobiles, les trois autres sont ankylosés. Cette conservation des surfaces articulaires, trouve une explication dans leur plus grande mobilité et l'indépendance de leurs mouvements, tandis que les trois autres sont en quelque sorte solidaires les uns des autres.

N° 678. — Portion inférieure du radius gauche avec le carpe et les quatre premiers métacarpiens; ankylose.

La main paraît avoir été le siége de violences assez considéra-

bles; les os du carpe à l'exception du pisiforme qui était encore libre, et qui manque, sont soudés entre eux. Ces os offrent dans leur ensemble, une disposition inverse à celle de l'état normal, c'est-à-dire que leur voûte est convexe en avant et concave en arrière. Cette disposition est due au déplacement de quelques-uns de ces os, principalement du scaphoïde, du trapèze et du trapézoïde à moitié luxés en avant. Le radius est ankylosé avec le carpe ; il en est de même du métacarpe, le cinquième seul n'était point soudé; le troisième et le quatrième métacarpiens ont été fracturés et sont consolidés. Il est probable que cette lésion est consécutive à un écrasement de la main; je ne puis admettre que d'aussi grand désordres soient le siége d'une lésion phlegmasique, ils me paraissent devoir être rapportés à quelque violence extérieure.

N° 879. — Portion inférieure du radius droit, avec le carpe et deux métacarpiens; ankylose.

Tous ces os sont considérablement déformés et sont soudés entre eux. Ceux du carpe sont à peine reconnaissables; ils ne forment plus qu'une seule masse, soudée en haut au radius, et en bas aux métacarpiens. Le trapèze présente sa facette articulaire libre, la facette sygmoïde du radius élargie, présente les caractères des altérations osseuses propres à l'arthrite sèche.

N° 880. — Radius droit, avec une partie des os du carpe et quatre os du métacarpe; ankylose.

Tous les os du carpe, profondément déformés, sont ankylosés entre eux, ainsi qu'avec le radius et les quatre premiers métacarpiens. Le trapèze libre de soudure avec le radius, est fortement porté en avant et en dehors. La facette articulaire sygmoïde du radius est très-élargie, déformée.

N° 881. — Radius droit, avec une partie des os du carpe; ankylose.

Une coupe verticale pratiquée sur cette pièce, montre la fusion intime que l'ankylose a déterminée, dans les os du carpe, et entre ces derniers et le radius. Le tissu spongieux de ces os se continue sans ligne de démarcation.

N° 882. — Deux phalanges d'un doigt; ankylose.

Cette pièce se compose de deux phalanges qui sont soudées

entre elles ; quelques stalactites osseuses se sont déposées en avant et sur les parties latérales de l'articulation. Ces deux phalanges sont soudées en demi-flexion.

Deuxième sous-ordre.

ANKYLOSES DES MEMBRES INFÉRIEURS.

Les pièces relatives aux ankyloses des membres inférieurs sont au nombre de 46, du n° 683 au n° 714 *a* inclusivement. La soudure peut être limitée à une articulation, ou bien, comme cela se remarque surtout à la partie inférieure, occuper plusieurs articulations à la fois.

Sur quatorze pièces, du n° 683 à 690, l'ankylose occupe l'articulation coxo-fémorale. Sur la plupart de ces pièces l'ankylose est par fusion ; quatre paraissent cependant faire exception, à savoir, n^{os} 683, 683 *a*, 688 et 689. Sur la pièce n° 688 le cartilage interarticulaire est conservé, mais il existe une ankylose par invagination ; la même disposition s'observe à peu près sur la pièce n° 683 *a*.

Lorsque la fusion existe elle peut être tellement complète, qu'il soit impossible de délimiter les surfaces articulaires, n^{os} 684, 684 *a*, 684 *b*, 684 *c*, 685, 686.

Les causes de l'ankylose de ces pièces sont la plupart inconnues; pour quelques-unes, n^{os} 684, 688, elles me paraissent résulter du rachitisme, et le tissu compacte est notablement augmenté d'épaisseur du côté de la concavité des courbures. Sur la pièce n° 686 il existe une fracture intra-capsulaire avec fausse articulation. Il serait intéressant de savoir laquelle de de ces deux lésions à préexisté ; si c'est l'ankylose, la fracture aurait été tout bénéfice pour le malade, car elle lui aurait permis, par sa fausse articulation, d'exécuter quelques-uns des mouvements perdus. Sur la pièce n° 690, il existe une subluxation dans la fosse iliaque externe.

Par suite de l'immobilité consécutive à l'ankylose, sur les pièces n^{os} 683, 685, 686, le petit et le grand trochanter sont notablement atrophiés. Sur le n° 685 on observe, en outre, une

ossification des fibres du muscle psoas iliaque et du petit fessier.

Quinze pièces, du n° 691 à 698 *a*, se rapportent à l'ankylose fémoro-tibiale, et presque sur toutes ces pièces on observe l'ankylose par fusion et intermède ; il existe une espèce de disque interposé aux condyles du fémur et du tibia. Dans presque toutes ces pièces, la rotule est soudée au condyle externe du fémur, soit à la face antérieure, soit même à la face externe. Le tibia est généralement porté en arrière et en dehors, en même temps qu'il exécute une légère rotation sur son axe, n^os^ 691, 691 *a*, 691 *b*, 691 *d*, 697, 698. Cette ankylose se fait généralement en ligne droite, mais il peut arriver, n^os^ 692 et 693, que le fémur immédiatement au-dessus des condyles, s'incurve brusquement, et l'épiphyse inférieure se trouve parallèle à l'axe du tibia.

Deux pièces méritent encore être signalées, l'une, n° 697 *a*, présente une hypertrophie probable de l'une des deux lames cartilagineuses d'ossification, qui sépare la diaphyse de l'épiphyse supérieure du tibia. L'autre, n° 698 *b*, est un exemple rare d'ankylose par amphiarthrose de l'articulation du genou.

Pour la jambe, il résulte des pièces déposées dans le musée, que comme pour le membre supérieur, il n'y a jamais qu'une des articulations du péroné avec le tibia qui soit soudée. Sur la plupart des pièces d'ankyloses du musée qui siégent à l'extrémité supérieure, la soudure s'est faite par des jetées osseuses qui naissent à la fois du tibia et du péroné, d'où résulte que ce dernier os est déjeté en dehors, et que l'espace interosseux dans sa partie supérieure est agrandi.

L'ankylose péronéo-tibiale inférieure, comme l'articulation radio-cubitale, se complique presque toujours de la soudure de certains os du tarse, et particulièrement des deux os de la première rangée. La seule pièce où cette ankylose soit simple est le n° 704, et la soudure est consécutive à une fracture du péroné.

N° 699. — Articulation coxo-fémorale gauche ; ankylose.

Sur cette pièce, on constate que le pourtour de la tête du fé-

mur, surtout en arrière et en bas, est limité par un cercle de végétations osseuses, qui s'adaptent avec une lésion analogue du sourcil cotyloïdien, sans que ces deux cercles osseux contractent de soudure évidente. En avant, ces végétations étant moins saillantes, il existe une soudure périphérique.

Une section, pratiquée parallèlement à l'axe du col, permet de voir que la tête du fémur profondément altérée et déformée ainsi que la cavité, présente une ligne sinueuse, large dans certains points, rétrécie dans d'autres, qui délimite la tête de la cavité. Il existe comme des engrènements réciproques de la tête avec la cavité ; la soudure est donc incomplète, quoi qu'il soit impossible d'imprimer des mouvements au fémur, qui est dans une demi flexion.

N° 683 *a*. — Articulation coxo-fémorale gauche ; ankylose incomplète périphérique antérieure.

L'articulation extérieurement, paraît libre et normale, mais, à la partie antérieure, existe une colonne osseuse très-volumineuse, irrégulière, creusée de sillons profonds, et parcourue par des trous nombreux. Cette colonne osseuse prend son point fixe supérieur à la partie inférieure de la face interne de l'os iliaque, ainsi qu'au bord compris entre l'éminence iléo-pectinée et l'épine iliaque antéro-inférieure. Cette vaste colonne passe en avant de l'articulation, et vient se souder à la partie antérieure du fémur, à l'éminence iléo-pectinée et à la face antérieure du fémur qui est voisine. Le fémur est ainsi fixé dans une légère flexion avec rotation de dedans en dehors.

N° 683 *b*. — Articulation coxo-fémorale gauche ; ankylose périphérique.

Une coupe, pratiquée sur cette pièce, et passant par le centre de l'articulation, permet de constater que les surfaces articulaires sont normales et recouvertes de leur cartilage. A l'extérieur, existent des colonnes osseuses fort irrégulières, qui prennent en bas leur point fixe au grand et au petit trochanter, ainsi qu'aux lignes obliques, antérieures et postérieures, et qui vont se fixer à l'épine iliaque antéro-postérieure, au bord externe de l'échancrure ischiatique, et à la base de la tubérosité de l'ischion. Ces jetées osseuses immobilisaient la cuisse qui était en demi-flexion. L'os iliaque et le fémur, qui paraissent appartenir à un individu adulte, ont leur structure et leur conformation normales.

(Professeur Jarjavay, 1868.)

N° 684. – Os iliaque gauche, avec la partie supérieure du fémur; ankylose par fusion.

Les parties articulaires coxo-fémorales ne sont point déformées, et ont conservé leur volume ; les os, dans toute leur étendue, présentent peut-être une légère augmentation dans la dimension de leurs trous, et, par conséquent, de leur vascularité. La cause première de cette soudure, qui est aussi complète que possible, est aujourd'hui difficile à déterminer. L'articulation a été sciée perpendiculairement à son axe, et l'on peut constater qu'il est impossible de délimiter la tête et la cavité, les cellules du tissu spongieux se continuent sans ligne de démarcation. Le membre inférieur est soudé dans une demi-flexion avec rotation légère de dedans en dehors.

N° 684 *a*. — Portion de l'os iliaque droit, avec la partie supérieure du fémur; ankylose par fusion de l'articulation coxo-fémorale.

Cette pièce est en très-mauvais état de conservation et sans renseignements. L'ankylose, qui est aussi complète que possible, paraît avoir été consécutive à une affection rachitique, affection dont les os portent encore des traces évidentes ; seulement, le rachitisme était arrivé à la période de réossification.

Le fémur, qui est dans une demi-flexion sur le bassin, a son corps parallèle et au niveau de la branche horizontale du pubis. Le col du fémur est raccourci, la tête et la cavité ne se distinguent plus; ces deux parties sont en continuation directe ; il existe cependant à l'extérieur un léger relief, que fait la saillie du sourcil cotyloïdien. Une colonne osseuse partant de la ligne oblique antérieure, soude ce point du fémur avec l'épine iliaque antéro-inférieure.

N° 684 *b*. — Portion d'os coxal droit, avec la partie supérieure du fémur; ankylose par fusion de l'articulation coxo-fémorale.

La tête du fémur s'est soudée avec la cavité cotyloïde, en formant un angle aigu à sinus en dedans, avec la ligne du diamètre transversal du bassin. Le corps du fémur est parallèle à l'axe de la branche horizontale du pubis qui est très-mince, atrophiée, tandis que la partie postérieure de l'os iliaque est hypertrophiée. La tête du fémur est exactement embrassée par le sourcil cotyloïdien qui forme à peine un léger relief, et l'ankylose, dans cette position, est complète et par fusion. Une colonne osseuse, volumineuse, aplatie d'avant en arrière, s'étend de la ligne oblique

antérieure du trochanter à l'épine iliaque antéro-inférieure, et complète la soudure.

N° 684 *c*. — **Articulation coxo-fémorale gauche; ankylose.**

Le fémur, légèrement fléchi, est porté en abduction, et son corps forme, avec le diamètre transverse du bassin, un angle presque droit. L'ankylose est par fusion, seulement la fusion n'est pas complète. Dans la partie centrale, il existe un espace où la soudure ne s'est pas opérée. Les surfaces osseuses ne sont point déformées, leur volume est normal.

Ces os paraissent avoir appartenu à un vieillard, car le canal médullaire se continue presque dans le col. Si on analyse le mécanisme d'après lequel a dû s'opérer cette soudure, on constate que pour la tête et la cavité, mais principalement la tête, qu'il n'y a point disparition de la lame osseuse qui supporte le cartilage. Ces deux lames sont à distances, il s'est formé entre elles une trame osseuse, spongieuse, qui adhère à chacune des faces de ces lames. Cela ne peut guère s'expliquer que par une ossification du cartilage.

(Professeur Lassus.)

N° 684 *d*. — **Articulation coxo-fémorale droite; ankylose par fusion.**

Les extrémités articulaires lisses du fémur et la cavité cotyloïde, ne présentent aucune déformation : leur volume est conservé. L'ankylose est aussi complète que possible, car l'articulation ayant été divisée perpendiculairement à l'axe du col fémoral, il n'est pas possible de délimiter les surfaces articulaires, elles se continuent par un tissu spongieux. A l'extérieur on trouve un bourrelet circulaire, produit par le sourcil cotyloïdien. Ces os présentent des traces évidentes d'ostéite, problement consécutive au rachitisme.

N° 685. — Articulation coxo-fémorale droite; ankylose.

Les os, qui constituent cette pièce, paraissent avoir appartenu à un individu rachitique, ils sont déformés, et le fémur est aplati de dehors en dedans. La fusion paraît être complète entre les surfaces articulaires, qui n'ont point été divisées, afin de ménager une grande quantité de lamelles osseuses, qui se retrouvent aux faces externes et internes de l'os iliaque sur lesquelles elles s'insèrent, pour venir les postérieures se fixer au sommet

du grand trochanter, les antérieures au petit trochanter et au bord interne du fémur avec lequel elles se confondent. L'ankylose est donc à la fois périphérique et par invagination. Il est très-probable que cette articulation a suppuré.

(M. Pigné.)

N° 886. — Os coxal droit, avec la tête du fémur; ankylose et fracture intra-capsulaire du col du fémur.

La tête fémorale est ankylosée par fusion avec la cavité cotyloïde; le corps, la branche horizontale du pubis sont atrophiés, ce qui indique que la lésion était ancienne. Il existe aussi une fracture intra-capsulaire du col du fémur avec fausse articulation, car la partie antérieure du fragment supérieur présente une surface usée, lisse; il importerait de savoir laquelle de ces deux lésions a préexisté. Dans le cas où l'ankylose aurait été primitive, la fracture aurait été tout bénéfice pour le malade, puisqu'il aurait retrouvé une partie des mouvements qu'il avait perdus. Un exemple pareil a, du reste, été suivi dans plusieurs circonstances par les chirurgiens, qui ont conseillé, dans ce cas, la résection.

N° 887. — Os coxal gauche, avec la moitié supérieure du fémur; ankylose par fusion de l'articulation coxo-fémorale.

L'ankylose est complète, sans déformation évidente de la tête ni de la cavité. Le tissu spongieux de la tête du fémur qui est en grande partie nécrosé, se reconnaît encore à un examen attentif. Cette nécrose a été attribuée à une carie tuberculeuse, qui occupe à la fois la tête du fémur et l'os coxal. Des ouvertures fistuleuses, à travers lesquelles on aperçoit les séquestres, se sont fait jour du côté de l'excavation pelvienne et de la gouttière du psoas. Il est probable que l'ankylose a précédé le développement des tubercules, car le travail de soudure est terminé dans les points où les dépôts tuberculeux ont eu lieu.

De plus, la diaphyse du fémur est obliquement fracturée de haut en bas et de dehors en dedans, dans son tiers supérieur; le fémur à ce niveau, très-vasculaire, présente à chaque extrémité des fragments, un séquestre entouré de sécrétions périostiques végétantes considérables. Il n'y a pas de consolidation. On peut admettre que l'ankylose a secondé en quelque sorte la cause déterminante, en rendant le fémur fixe, et en donnant ainsi un point d'appui à la force agissant par un bras de levier considérable.

N° 688. — Articulation coxo-fémorale gauche; ankylose incomplète.

Ces os appartenaient très-probablement à un individu jeune encore, car ils sont peu développés. L'articulation, qui est complétement immobile, est affectée d'une forme d'ankylose assez remarquable; la tête du fémur, peu volumineuse, est comme comprimée dans la cavité cotyloïde, avec laquelle elle n'est point soudée, car une ligne de démarcation jaunâtre, délimite les surfaces articulaires. Cette ligne est très-probablement produite par les cartilages en voie de résorption. La lame osseuse qui les supporte, loin de tendre à disparaître, est, au contraire, hypertrophiée. Le sourcil cotyloïdien est augmenté en saillie par l'ossification d'une partie du bourrelet; il paraît avoir été la cause principale de l'immobilité articulaire. C'est donc un exemple d'ankylose périphérique ou par invagination. Le grand et le petit trochanter sont atrophiés.

N° 689. — Os iliaque gauche, avec la partie supérieure du fémur; ankylose incomplète, suite d'arthrite sèche.

La tête du fémur et l'os coxal, sont notablement déformés dans leurs surfaces articulaires, mais principalement la tête fémorale, qui, par suite du raccourcissement et de l'inclinaison de son col, se trouve abaissée au-dessous du sommet du grand trochantér. La tête présente, en outre, un accroissement de son diamètre vertical, et, en s'applatissant sur le col, elle s'est engrenée dans l'échancrure de la cavité cotyloïde. Les saillies osseuses caractéristiques de l'arthrite sèche ont pu gêner les mouvements, mais à l'état frais, cette articulation devait encore jouir d'une certaine mobilité, car il n'existe point de soudure périphérique, et les cartilages articulaires, quoique atrophiés, sont pourtant conservés; il n'y a partout que juxta-position et point de soudure. C'est un exemple de rigidité articulaire par suite de déformation osseuse.

N° 690. — Articulation coxo-fémorale gauche; ankylose périphérique et par fusion.

Cette pièce est très-intéressante quoique dans un très-mauvais état de conservation. On peut constater un agrandissement considérable de la cavité cotyloïde dans le sens vertical. La tête, fortement remontée en haut, est située dans la partie supérieure de

la nouvelle cavité, qui est limitée par des ossifications considérables dues au nouveau bourrelet cotyloïdien. Au-dessous d'elle, se retrouve l'ancienne cavité qui est légèrement cloisonnée, sans présenter la déformation triangulaire que l'on rencontre dans les luxations congénitales. Il s'agit donc ici d'une luxation pathologique résultant d'une arthrite sèche très-probablement.

La tête du fémur est ankylosée par fusion avec l'os iliaque, les cellules du tissu spongieux de ces deux os se pénètrent; l'on voit que les fibres du col se sont éparpillées, comme les racines d'une plante pivotante, pour s'irradier en se prolongeant dans la cavité cotyloïde avec laquelle elles se continuent. A la partie supérieure, il est encore possible cependant de délimiter la tête; on retrouve encore la trace de la lame de tissu compacte. A la périphérie, le pourtour du bourrelet cotyloïdien ossifié, se continue avec la lame compacte du col du fémur.

(Professeur Lassus.)

N° 891. — Articulation fémoro-tibiale du côté droit; ankylose.

L'ankylose est par fusion, et appartient à la variété dite par intermède. Les deux condyles fémoraux sont soudés aux deux condyles du tibia correspondants, mais, entre les surfaces osseuses, existe, sous forme de colonne, l'interposition d'une substance de nouvelle formation, et qui est très-probablement due à l'ossification des ménisques. C'est par cette ossification que s'est faite l'ankylose. Entre ces deux colonnes, existe un intervalle qui correspond aux ligaments croisés et à l'épine supérieure du tibia qui a disparu. La rotule, qui est en grande partie détruite, est soudée au condyle externe du fémur. Le tibia, légèrement porté en dehors et en arrière, a éprouvé un mouvement de rotation sur son axe de dedans en dehors.

N° 891 *a*. — Articulation fémoro-tibiale droite; ankylose.

La soudure entre le fémur et le tibia a lieu par intermède, et probablement ossification des ménisques. Le tibia est à demi luxé en arrière et en dehors sur le fémur, ce qui explique comment la rotule est principalement ankylosée avec le condyle fémoral externe; mais cette union de la rotule s'est faite par l'intermédiaire d'un tissu fibreux; c'est donc un exemple d'amphiarthrose.

Entre les deux colonnes correspondantes à chacun des condyles du fémur, existe un intervalle d'environ 2 centimètres qui correspond aux ligaments croisés et à l'épine supérieure du tibia, qui est en grande partie atrophiée.

N° 691 *b*. — Articulation fémoro-tibiale droite; ankylose incomplète.

Le tibia est à demi luxé en dehors et en arrière; il a, en outre, éprouvé un léger mouvement de rotation sur son axe de dedans en dehors. Le condyle externe du tibia fait une saillie considérable en dehors, et le condyle externe du fémur se trouve correspondre à l'épine supérieure du tibia qui est, en grande partie, atrophiée; les ligaments croisés n'existent plus. La saillie du condyle interne fémorale est à peine sensible, à cause d'une hypertrophie très-notable du condyle interne du tibia. Le ménisque interne est ossifié. Quoique l'articulation ne soit plus mobile, par une coupe pratiquée sur cette pièce, l'on peut constater que l'interligne articulaire est conservée, seulement les cartilages ont beaucoup diminué d'épaisseur. La rotule, déformée, atrophiée, est luxée en dehors, et soudée par un tissu osseux à la face externe du condyle externe du tibia.

N° 691 *c*. — Articulation fémoro-tibiale droite; ankylose par fusion.

Cette pièce, très-profondément altérée et dans un mauvais état de conservation, est un exemple d'ankylose par fusion et par intermède, c'est-à-dire par ossification des ménisques. On ne retrouve pas trace de la rotule. Ces os, qui paraissent très-vasculaires, sont friables, et présentent au-dessus et au-dessous de l'articulation, deux vastes cavités, dont l'une est creusée dans le fémur, l'autre dans le tibia. Ces deux cavités sont séparées par une cloison complète épaisse de 1 centimètre, et qui correspond à la soudure.

(Professeur Malgaigne.)

N° 691 *d*. — Articulation fémoro-tibiale droite, avec luxation incomplète en arrière et en dehors du tibia; ankylose par fusion.

Cette pièce provient d'une femme d'environ 65 ans; la jambe était légèrement fléchie sur la cuisse, et tout le membre inférieur porté dans la rotation en dehors. Il était plus court d'environ 8 centimètres que celui du côté opposé.

Au-dessous de la rotule, existait une forte dépression; le condyle interne du fémur faisait une forte saillie en dedans, tandis que le condyle externe du tibia était très-saillant en dehors, d'où

résultait un agrandissement manifeste du diamètre transversal de l'articulation.

Sur la pièce, on constate que le condyle externe du tibia est porté en arrière et en dehors du condyle externe du fémur; la saillie du tibia en arrière est d'environ 3 centimètres 1/2, tandis qu'en dehors elle n'est que de 2 centimètres. Le condyle interne du fémur dépasse en dedans celui du tibia. L'extrémité supérieure du tibia a donc décrit un mouvement de rotation d'avant en arrière et de dedans en dehors. Le fémur et le tibia sont ankylosés dans cette position, et une coupe verticale antéro-postérieure et médiane, montre qu'il existe une continuité parfaite entre les cellules spongieuses du fémur et du tibia. La lame de tissu compacte a disparu.

La rotule est soudée par sa face postérieure avec la partie antérieure du condyle externe du fémur; le ligament rotulien est obliquement dirigé en bas, en dehors et en arrière.

(M. Fano, *Soc. de chir.*, 1855, t V, p. 299.)

N° 692. — Moitié latérale externe de l'articulation fémoro-tibiale gauche; ankylose par fusion du fémur et du tibia, et de l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

Le condyle externe du fémur est soudé avec le condyle correspondant du tibia par intermède; il existe un cal à colonne dû à l'ossification du ménisque. L'intervalle intercondylien est libre d'adhérences. Le fémur au-dessus a pris une courbure brusque anormale, qui tend à rendre l'axe de cette portion fémorale parallèle à celle du tibia. Il existe donc une flexion forcée de la jambe sur la cuisse, et du côté de la concavité, le tissu compacte et spongieux paraît avoir augmenté, tandis que du côté de la convexité il est raréfié. L'extrémité supérieure du péroné est soudée avec le tibia.

N° 693. — Moitié latérale externe de l'articulation fémoro-tibiale droite; ankylose par fusion du condyle externe du fémur avec celui du tibia.

Cette pièce a beaucoup d'analogie avec la précédente : on constate une ankylose par fusion et à colonne du condyle externe du fémur avec celui du tibia. La rotule est soudée par fusion avec la partie antérieure du condyle fémoral externe.

L'extrémité inférieure du fémur est fortement recourbée en arrière et presque parallèle au tibia, d'où résulte une flexion forcée. Le tissu compacte du fémur est augmenté d'épaisseur du côté de la concavité; il est au contraire raréfié du côté de la convexité.

N° 694. — Articulation fémoro-tibiale gauche; ankylose.

Le fémur et le tibia sont ankylosés en ligne droite ; c'est encore un exemple d'ankylose par intermède, d'autant plus intéressant qu'il n'appartient pas à une période encore très-avancée. Le disque inter-articulaire interne, complétement ossifié, est soudé par ses deux faces au tibia et au fémur ; le disque externe est moins avancé dans son ossification qui n'occupe que le centre; la périphérie est encore fibro-cartilagineuse.

Le fémur a éprouvé sur son axe un léger mouvement de rotation, qui a porté en avant le condyle externe du fémur avec lequel la rotule se trouve soudée par fusion. Le pourtour des surfaces articulaires est le siége de nouvelles sécrétions osseuses qui ont quelque analogie avec celles de l'arthrite sèche, et ont fait penser à M. Deville que cette lésion était probablement la cause de l'ankylose. L'os est très- ramolli, la couche compacte de la diaphyse du fémur est réduite à une lame mince, qui limite une énorme cavité médulaire. Le tibia a subi une altération analogue, les autres articulations de cette femme étaient saines.

(M. Sébillotte.)

N° 695. — Extrémité inférieure d'un fémur droit; ankylose de la rotule.

Les surfaces articulaires paraissent avoir été dépourvues de leur cartilage; il existait probablement une rigidité articulaire avec flexion angulaire de la jambe. La rotule par sa base se trouve ankylosée par fusion avec la face inférieure du condyle interne.

N° 696. — Articulation fémoro-tibiale droite; ankylose par fusion.

Le fémur et le tibia sont soudés ensemble sous un angle peu marqué, la réunion est complète, il n'existe pas même d'intervalle entre les deux condyles. La rotule manque, à moins que l'on ne considère comme un vestige de cet os, ce qui est peu probable, un petit tubercule développé à la partie antérieure du condyle. L'épine antérieure du tibia manque également.

On observe une fausse articulation entre l'extrémité du fémur et la masse apophysaire des condyles; sur le fragment inférieur existe une facette articulaire concave, ayant 3 centimètres dans son plus grand diamètre. Le péroné manque, il existait un pied-bot.

N° 697. — Articulation fémoro-tibiale gauche ; ankylose, avec luxation latérale externe incomplète du tibia.

Cette pièce provient d'un homme d'environ 30 ans, elle a été trouvée à l'amphithéâtre. La peau qui recouvrait le genou, portait les traces de la cicatrice de quatre cautères, situés deux de chaque côté, et tout le membre inférieur était placé dans une forte rotation en dehors. La jambe fléchie sur la cuisse reposait sur la face externe. L'articulation du genou était complétement immobile.

Le fémur et le tibia forment un angle d'environ 135 degrés, ouvert en arrière ; le tibia a en outre exécuté un mouvement de rotation qui a porté son condyle externe en dehors et en arrière, de sorte que la face interne de cet os regarde directement en avant, le bord antérieur en dehors. Le péroné, au lieu d'être situé en dehors est en arrière de la jambe, le tibia a donc exécuté sur son axe un mouvement de rotation d'un quart de cercle.

Il résulte de ce déplacement en dehors et en arrière du tibia, que le fémur qui est au contraire resté en place, a des points de contact beaucoup moins étendus qu'à l'état normal avec les surfaces articulaires tibiales. Le condyle interne qui est abaissé et dépasse en dedans celui du tibia, est ankylosé avec ce dernier, mais la soudure, au lieu d'être directe, s'est effectuée par l'intermédiaire d'une espèce de rondelle osseuse d'environ 5 centimètres de haut, et qui appartient à la variété d'ankylose par intermède. La capsule tibiale qui est débordée en dedans par le condyle du fémur, s'est notablement hypertrophiée, pour fournir une colonne de soutien à cet os.

Le condyle externe du fémur un peu atrophié, au lieu d'être abaissé comme l'interne, est au contraire plus élevé qu'à l'état normal, en même temps qu'il dépasse en avant le tibia ; il est séparé de cet os par un espace d'environ 1 centimètre, espace qui était rempli à l'état frais par de la matière grasse. La rotule un peu atrophiée est soudée à la partie inférieure de ce condyle. Le condyle externe du tibia qui n'a plus aucun rapport avec celui correspondant du fémur, fait saillie dans la partie externe et postérieure du creux poplité. Tous ces os, à l'exception du condyle interne du tibia, sont notablement atrophiés.

Les ligaments périphériques sont intacts, ainsi que le ligament rotulien. Des deux ligaments croisés, l'externe était rompu ; l'interne existe, mais il est fortement allongé, distendu, pour se prêter au déplacement latéral et à la rotation qu'a exécutée le tibia. Les muscles étaient également normaux, à l'exception cependant du poplité qui avait subi l'altération graisseuse.

(M. Foucher, *Soc. anat.*, 1855, t. XXX, p. 473.)

N° 697 *a*. — Articulation fémoro-tibiale droite; ankylose.

Cette pièce provient d'un jeune homme de 19 à 20 ans qui était atteint depuis dix ans d'une tumeur blanche du genou, et auquel M. Broca a fait l'amputation de la cuisse.

Le tibia est à moitié luxé en arrière sur le fémur qui est ankylosé dans cette position ; les ménisques sont ossifiés. Un trait de scie vertical divise l'articulation en deux moitiés latérales : une moitié a été conservée dans l'alcool, l'autre a été préparée desséchée. Sur la moitié conservée dans l'alcool, et c'est la partie intéressante de cette pièce, on voit une petite masse blanche, cartilagineuse, située au-dessous de la surface articulaire du tibia, au voisinage du point d'insertion du tendon rotulien, et ayant une direction parallèle à l'axe du tibia. Elle paraît être due à l'hypertrophie de l'une des deux lames cartilagineuses d'ossification qui séparent la diaphyse de l'épiphyse supérieure de l'os. Bien que cette lame soit le produit d'un état pathologique, sa structure est celle du cartilage normal.

(Professeur Broca, *Soc. de Chir.*, 1868, 2e série, t. IX, p. 50.)

N° 698. — Fémur et tibia du côté droit, avec la rotule; ankylose fémoro-tibiale.

Le tibia est à moitié luxé en dehors et en arrière sur le fémur ; la tubérosité interne du tibia est logée dans l'espace intercondylien ; la partie postérieure, et une partie de la surface articulaire externe du tibia font saillie en arrière et en dehors et sont libres, tandis que les condyles du fémur font saillie en dedans et en avant. Ces os sont ankylosés par fusion complète, les cellules du tissu spongieux de la partie antérieure du tibia, se continuent avec celles de la partie postérieure du fémur. La rotule située sur la partie externe et supérieure du condyle du fémur est ankylosée dans cette position.

Toute la partie supérieure du tibia est gonflée, tuméfiée, sa surface est hérissée de végétations osseuses. Le fémur est moins altéré, si ce n'est cependant son condyle externe, qui est à la fois augmenté de volume et diminué de densité. Une coupe verticale du fémur et du tibia montre que le tissu spongieux de ce dernier est assez profondément altéré ; il a existé une tumeur blanche de cette articulation qui en a déterminé l'ankylose.

N° 698 *a*. — Fémur et tibia gauche entier, avec la rotule ; ankylose par fusion de ces trois os.

Le fémur près de son extrémité inférieure est assez fortement

coudé en arrière, d'où résulte une saillie du genou en avant, et une demi-flexion de la jambe sur la cuisse. L'ankylose fémoro-tibiale qui est complète et par fusion, a eu lieu dans cette position vicieuse, les extrémités articulaires aplaties latéralement ont légèrement diminué de volume, et leurs rapports sont restés normaux. La rotule est réunie à la partie antérieure du condyle externe du fémur, avec lequel elle se confond dans sa structure.

Sur une coupe pratiquée parallèlement à l'axe de ces os, on observe que le tissu spongieux des extrémités articulaires s'est raréfié, et qu'il existe une tendance à une canalisation, réunissant la cavité médullaire du fémur à celle du tibia. Il existe une continuité parfaite entre le tissu spongieux des extrémités osseuses, bien que cependant l'on puisse encore suivre les limites du tibia et du fémur.

N° 698 *b*. — Articulation fémoro-tibiale d'un vieillard; ankylose par amphyarthrose.

Les cartilages articulaires sont résorbés, un tissu fibreux interposé aux surfaces articulaires en occupe la place, il s'insère sur les deux lames sous-cartilagineuses. Cette disposition s'observe sur toute l'étendue des surfaces articulaires, la rotule présente une disposition identique.

(Professeur Broca.)

N° 699. — Tibia et péroné gauche; ankylose de l'articulation tibio-péronière supérieure.

Le tibia et le péroné sont le siége d'une raréfaction considérable, qui porte à la fois sur le tissu compacte et le tissu spongieux. Ces os sont devenus friables et légers; le péroné par son extrémité supérieure est ankylosé par fusion avec le tibia, l'extrémité inférieure n'est pas soudée. A la partie interne du condyle du tibia, existe une exostose en forme d'épine d'environ 2 centimètres de longueur.

N° 700. — Tibia et péroné gauche; ankylose de l'articulation tibio-péronière supérieure.

Le tibia et le péroné sont ankylosés par fusion dans leur partie supérieure; au niveau du point de jonction, ces deux os présentent un exostose considérable qui a éloigné le péroné du tibia. L'espace interosseux a près de 3 centimètres d'étendue; c'est une soudure à distance par jetée osseuse, elle est constituée à la fois par les deux os.

N° 701. — Tibia et péroné droit; ankylose de l'articulation tibio-péronière supérieure.

Sur cette pièce il existait une ankylose du fémur avec le tibia, elle a été rompue; les deux os de la jambe sont couverts de sécrétions périostiques abondantes, et d'un grand nombre de trous vasculaire et cela dans toute leur étendue, mais principalement du côté où ils se correspondent. Il en est résulté entre eux une soudure par fusion de l'extrémité supérieure, et une diminution notable de l'espace interosseux. Dans certains points leurs bords étant venus au contact, ils se sont soudés ; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'articulation péronéo-tibiale inférieure est libre d'adhérences.

N° 702. — Portion inférieure du tibia et du péroné gauche, avec l'astragale et le calcanéum; ankylose par fusion de l'articulation tibio-péronière inférieure, tibio-astragalienne et du calcanéum.

Le pied est dans une flexion forcée sur la jambe, et constitue une espèce de pied-bot talus. Il est aujourd'hui difficile de pouvoir déterminer la cause de cette lésion.

N° 703. — Portion inférieure du tibia et du péroné gauche, avec l'astragale et le calcanéum; ankylose de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, de l'articulation tibio-tarsienne et des os de la première rangée du tarse, astragale et calcanéum.

La soudure est par fusion et me paraît consécutive à une carie; le pied comme sur la pièce précédente est dans une flexion forcée sur la jambe, la structure de ces os est notablement raréfiée.

N° 704. — Tibia et péroné gauche; ankylose par fusion de l'articulation tibio-péronière inférieure.

Cette lésion est très-probablement survenue à la suite d'une fracture de la malléole externe. Cette solution de continuité est oblique de haut en bas, et de dehors en dedans. L'articulation tibio-astragalienne n'est point ankylosée.

N 705. — Tibia et péroné gauche, avec l'astragale et le calcanéum; ankylose, avec fracture du péroné.

La fracture du péroné est oblique de haut en bas, de dehors en

dedans et d'arrière en avant. Elle commence en avant, à 30 millimètres de l'extrémité inférieure du péroné, et se termine en arrière à 75 ou 80 millimètres de l'extrémité de cet os. Au niveau de la fracture le péroné présente un enfoncement considérable; c'est dans cette position que ces os se sont ankylosés; la soudure occupe à la fois l'articulation tibio-péronière, tibio-tarsienne et sous astragalo-calcanienne. Le pied est luxé en dehors, et le calcanéum a sa face externe dirigée en haut. La malléole tibiale a aussi été fracturée.

N° 706. — Portion inférieure du tibia droit, avec l'astragale et le calcanéum; ankylose.

Il existe sur cette pièce une ankylose par fusion du tibia avec l'astragale; les deux os de la première rangée du tarse sont aussi soudés entre eux, mais dans leur articulation postérieure seulement, l'antérieure lisse est encore revêtue de son cartilage. A la partie interne et postérieure, ces os sont le siége de nombreuses aspérités osseuses, dues à des sécrétions périostiques qui témoignent qu'ils ont été le siége d'une inflammation assez vive. L'articulation péronéo-tibiale inférieure est libre d'adhérence.

N° 707. — Portion inférieure du tibia et du péroné gauche, avec le pied correspondant; ankylose tibio-tarsienne, avec subluxation du scaphoïde et du cuboïde en bas et en dedans, sur l'astragale et le calcanéum.

Le scaphoïde et le cuboïde sont à moitié luxés sur la tête de l'astragale et le calcanéum; le pied, porté dans une rotation de dedans en dehors, repose sur son bord externe. La tête de l'astragale, portée en haut et en dehors, fait, dans cette direction, une saillie assez considérable, et dépasse de 1 centimètre 1/2 la facette articulaire du scaphoïde. La saillie, en haut du calcanéum sur le cuboïde, est moins considérable, et n'est environ que de 1/2 centimètre.

L'articulation tibio-tarsienne a elle-même éprouvé des changements dans les rapports des surfaces articulaires. Le scaphoïde est à demi luxé en arrière sur le tibia dont le bord postérieur a été fracturé, et s'est soudé avec un fragment osseux, situé sur la face supérieure et postérieure du calcanéum. La malléole interne est également soudée par son sommet avec le scaphoïde, et la malléole externe libre d'adhérence est située à environ 1 centimètre de la surface articulaire externe de l'astragale. L'articulation tibio-tarsienne est immobile, fixe dans cette position.

(M. Stanski.)

N° 708. — Tibia droit, avec l'astragale et le calcanéum; ankylose de l'articulation tibio-astragalienne et de l'astragale, avec le calcanéum.

Cette lésion est probablement consécutive à une carie qui devait avoir pour siége principal l'astragale. La soudure du tibia, du calcaneum de l'astragale, est aussi complète que possible; l'astragale est notablement déformée. A sa partie antérieure et interne, on remarque une saillie osseuse dont il est difficile de préciser l'origine : il existe une ouverture ovalaire qui communique dans une cavité aujourd'hui cicatrisée, mais qui devait renfermer un séquestre. Les autres articulations du pied étaient normales.

N° 709. — Tibia gauche, avec l'astragale, le calcanéum, le scaphoïde et le cuboïde; ankylose.

Le tibia dans sa diaphyse est déformé, aplati latéralement. Il existe une ankylose complète et par fusion, de cet os avec l'astragale qui est lui-même soudé au calcanéum. Cette soudure s'étend même à deux os de la seconde rangée du tarse, à savoir : le scaphoïde et le cuboïde. Tous ces os ont été le siége de désordres considérables, dont il est impossible de pouvoir préciser l'origine et la nature. Le calcanéum paraît avoir été fracturé à sa partie antérieure.

N° 710. — Les deux pieds d'un même individu; ankylose par fusion du scaphoïde avec le calcanéum.

Cette double disposition me fait supposer que cette ankylose est congénitale. Elle est un obstacle à l'amputation médio-tarsienne ou de Chopart. Les autres articulations sont normales, le pied n'est point déformé, et rien à l'extérieur ne pouvait faire présumer ce vice de conformation.
(Professeur Denonvilliers.)

N° 711. — Scaphoïde, avec les trois premiers cunéiformes, le cuboïde et le troisième métacarpien.

Tous ces os sont ankylosés entre eux, et il est même probable, d'après les aspérités que présente la partie postérieure du scaphoïde, que cet os était soudé avec l'astragale.

N° 712. — Os de la seconde rangée du tarse du côté droit, avec les métatarsiens correspondants; ankylose de tous les os de la seconde rangée du tarse entre eux et avec les os du métatarse.

La réunion entre ces os est complète, le scaphoïde et le cuboïde étaient libres dans leur articulation avec la première rangée des os du tarse. Il est impossible de préciser la cause de cette lésion.

N° 713. — Portion inférieure gauche du tibia, avec le péroné et le pied; ankylose par fusion.

Tous les os du segment inférieur de ce membre sont très-vasculaires, leur surface extérieure rugueuse, inégale, est couverte de sécrétions périostiques, qui attestent l'existence de désordres pathologiques résultant de nécrose et de carie étendue. L'ankylose, sur ce membre, commence à la partie inférieure de l'espace inter-osseux, s'étend à l'articulation péronéo-tibiale inférieure, occupe l'articulation tibio-tarsienne et toutes les articulations tarsiennes et métatarsiennes. Le premier métatarsien seul n'était point ankylosé.

N° 714. — Portion inférieure du tibia et du péroné du côté gauche, avec le pied correspondant; ankylose.

Cette lésion est consécutive à une fracture comminutive du tiers inférieur du péroné, et à une carie des os du tarse. Tous les os du pied, réunis au tibia et au péroné, ne forment qu'une seule pièce; à la face dorsale, le pied forme une voûte à peine interrompue par la trace de la réunion des os. A la face plantaire au contraire, leurs anciennes limites sont assez marquées. Au dos du pied, on constate qu'une partie de l'astragale et du calcanéum ont été détruits par la carie. Mais c'est surtout au niveau de l'articulation tibio-tarsienne qu'existe une carie qui a altéré à la fois la tête de l'astragale, la partie externe du tibia et interne du péroné.
(M. Barth.)

N° 714 *a*. — Pied droit; ankylose complète des os du tarse et du métatarse.

Il existait aussi très-probablement sur cette pièce une soudure de l'articulation tibio-tarsienne. Tous ces os sont notablement atrophiés, altérés dans leur structure, et leur tissu est fragile.
(M. Bouvier, 1861.)

Article 2.

SQUELETTES DONT UN GRAND NOMBRE D'ARTICULATIONS SONT ANKYLOSÉES

Ce deuxième article comprend cinq squelettes ou portions de squelettes seulement, nos 715, 716, 717, 718 et 719. Sur les deux premiers nos 715 et 716, toutes les articulations sont en grande partie soudées. Sur le premier elles le sont même toutes à l'exception de trois articulations, à savoir : les articulations radio-cubitale supérieure, coxo-fémorale droite et sacro-vertébrale. Pour les trois autres squelettes, le nombre des articulations ankylosées est beaucoup moindre ; sur le no 717, l'ankylose n'occupe que la colonne vertébrale, les côtes et le bassin, et sur le no 718, la colonne vertébrale et les membres.

No 715. — Squelette sur lequel presque toutes les articulations sont ankylosées, à l'exception de l'articulation radio-cubitale et coxo-fémorale droite, ainsi que l'articulation sacro-vertébrale.

Tête. — La suture sagittale est presque entièrement effacée en avant. Les articulations temporo-maxillaires sont soudés, et l'occipital est ankylosé avec la colonne vertébrale.

Colonne vertébrale. — La colonne vertébrale présente une exagération dans les courbures latérales, surtout à la région lombaire. Toutes les vertèbres sont soudées les unes avec les autres par leurs corps, et leurs apophyses articulaires. La fusion est moins complète entre le corps de la sixième et de la septième cervicale, entre celui de la septième et de la huitième dorsale, et entre celui de la quatrième et de la cinquième lombaire.

Les côtes sont toutes soudées avec les vertèbres, et la première côte est ankylosée en avant dans son articulation avec le sternum, dont toutes les pièces ne constituent plus qu'un seul os. L'appendice xiphoïde est ossifié, ainsi que les cartilages de quelques fausses côtes.

Clavicule. — Les clavicules dans leur partie interne sont réunies à la fois avec le sternum et la première côte. En dehors elles ne sont soudées qu'avec l'acromion. Les ligaments coraco-claviculaires ne sont point ossifiés.

Membres supérieurs. — Les extrémités supérieures de l'humérus sont ankylosées avec l'omoplate dans une position telle, que l'axe de l'humérus, fait avec l'axe du corps un angle de cinquante degrés; les deux bras sont donc éloignés du corps.

Les deux humérus sont soudés avec le cubitus à gauche sous un angle de cinquante degrés, et de ce dernier côté l'ankylose occupe les deux os, tandis qu'à droite le cubitus paraît seul complétement soudé; des deux côtés l'avant-bras est dans la supination. Les os du carpe sont soudés entre eux des deux côtés et avec le radius.

Du côté droit, les premières phalanges sont luxées en avant sur les os du métacarpe, de même que les deuxièmes phalanges sur les premières. Les troisièmes sont fléchies et soudées. Du côté gauche toutes les phalanges sont luxées en avant et en dedans sur les os du métacarpe. Les autres phalanges, quoique soudées, n'ont point subi de déviation sensible.

Membres inférieurs — L'articulation sacro-vertébrale est ankylosée, l'articulation pubienne est également soudée, et le pubis est hérissé d'aspérités osseuses qui sont dues à l'ossification des tendons.

L'articulation coxo-fémorale gauche est ankylosée par fusion. Celle de droite est libre d'adhérence; la tête du fémur est usée et joue dans la cavité cotyloïde trop grande pour la recevoir.

Les deux articlations fémoro-tibiales sont soudées presque à angle droit, des deux côtés le tibia est subluxé sur le fémur, les deux articulations fémoro-tibiales sont soudées dans cette position. Le condyle interne du fémur touche à peine sur la partie antérieure de la tubérosité interne du tibia, tandis que le condyle externe est venu se souder en avant du tibia, presque au-dessus de la tubérosité rotulienne; ce qui fait que la jambe a éprouvé, par rapport au fémur, une légère rotation sur son axe, dirigeant la face antérieure en dehors. La rotule est soudée au condyle externe du fémur des deux côtés.

Les articulations péronéo-tibiales supérieures sont ankylosées, en bas elles sont libres. Des deux côtés les os du tarse sont soudés dans leurs articulations tibio-tarsienne et métatarsiennes.

Ce qu'il y a de remarquable c'est la disposition du calcanéum, dont l'extrémité postérieure s'est abaissée, tandis que l'antérieure s'est élevée, et que la pointe du pied s'est abaissée; d'où résulte une augmentation considérable de la voussure du pied.

(Percy, *Dict. des sc. méd.*, t. IV, p. 245.)

N° 216. — Squelette d'un individu jeune encore, dont les os sont atrophiés et les articulations en grande partie ankylosées.

Tête. — La tête est peu volumineuse, les sutures sagittale et

coronale sont presque entièrement soudées, et les articulations de la mâchoire inférieure sont libres.

Colonne vertébrale. — La colonne vertébrale présente une courbure générale à concavité gauche, toutes les vertèbres sont soudées ensemble, sans présenter de saillies au niveau des disques. Cette soudure est des plus complètes ; elle a lieu à la fois par les corps, les apophyses articulaires et les lames. Il n'y a que les deux dernières vertèbres lombaires dont les corps ne sont pas entièrement soudés en avant.

Les côtés sont soudés en arrière, par leurs têtes et leurs tubérosités, tandis qu'elles sont libres en avant; la clavicule n'est point ankylosée.

Membres supérieurs. — L'articulation scapulo-humérale des deux côtés est libre d'adhérences, seulement les surfaces articulaires sont déformées et dépourvues de cartilages, la coulisse bicipitale est augmentée. L'articulation huméro-cubitale des deux côtés est dans une demi-flexion, et l'avant bras est soudé avec le bras dans la supination. Cette disposition est plus marquée à droite qu'à gauche.

Les os ont diminué de volume même dans leurs extrémités articulaires, mais d'une manière plus marquée à droite qu'à gauche. Cependant la diaphyse de ces os est frappée d'une atrophie plus notable encore à gauche qu'à droite. Le cubitus à gauche est devenu si grêle, qu'il s'est dévié de sa direction normale, et a suivi le radius dans son mouvement de supination.

A gauche le carpe est soudé avec le radius, de manière à former une espèce d'angle rentrant à la partie supérieure. A droite la main est dans la flexion forcée. Les os du carpe sont soudés entre eux, et ankylosés avec les métacarpiens, à l'exception du cinquième supportant le pouce. Les articulations des phalanges sont libres. Tous ces os sont atrophiés.

Membres inférieurs. — Les os du bassin sont atrophiés, et sont soudés dans leurs articulations sacrées et à la symphyse pubienne. La tête des deux fémurs est soudée dans la cavité cotyloïde, qui s'est affaissée, ainsi que la tête et le col du fémur, qui présentent, par suite moins de longueur. Le grand et le petit trochanter se sont aplatis, de sorte que, dans son ensemble, l'extrémité supérieure du fémur représente une espèce de cône, dont la base correspond à la tête, et le sommet à la diaphyse du fémur ; de plus, le cône serait contourné en dedans, car l'articulation est dans la flexion et dans l'adduction, surtout à gauche.

Les cassures qui existent sur la tête du fémur, permettent d'apprécier combien leur tissu est raréfié. Les deux fémurs sont très-atrophiés, et présentent à peine la moitié de leur volume ordinaire.

Articulations tibio-fémorales. — Les deux articulations sont soudées dans la flexion et dans une subluxation du fémur en

avant, mais cette disposition est beaucoup plus marquée à droite qu'à gauche. Les deux rotules sont soudées avec le condyle externe du fémur; elles paraissent même hypertrophiées, surtout celle du côté droit. Il existe un espace considérable entre les deux condyles, dû à leur résorption et à celle de l'épine du tibia.

Les extrémités articulaires de ces os, ont leur tissu spongieux considérablement raréfié.

Le péroné et le tibia sont très-grêles; ils sont ankylosés dans leurs deux articulations.

Les os du tarse sont soudés dans leur articulation tibio-astragalienne et tarso-métatarsienne. Dans son ensemble le tarse est soudé dans l'adduction, surtout à gauche, et la voûte du pied est augmentée par l'abaissement de la tubérosité du calcanéum et de son élévation en avant. Ces os sont raréfiés au dernier point, tellement qu'ils ont perdu leur tissu compacte extérieur, et que l'on aperçoit la trame du tissu spongieux, dont les lames sont très-écartées.

(Professeur Breschet.)

N° 717. — Squelette d'un sujet adulte qui présente une ankylose de la colonne vertébrale, des côtes et du bassin.

L'ankylose de la colonne vertébrale est incomplète. Dans la région cervicale, la première vertèbre n'est point soudée avec la tête, ni avec l'axis; les autres vertèbres, à partir de la seconde, jusqu'à la sixième inclusivement, sont réunies par l'ossification du ligament vertébral antérieur. Dans quelques points l'ossification a été interrompue par des articulations qui se sont établies au niveau de celles des corps. La septième vertèbre est entièrement libre; elle présente seulement, au niveau de la partie antérieure du corps, des prolongements osseux qui sont devenus à la fois articulaires avec la sixième cervicale et la première dorsale.

La première dorsale n'est point ankylosé, toutes les autres vertèbres de cette région présentent une courbure générale à convexité droite, plus accusée que dans l'état normal. Du côté de la convexité, il existe une transformation osseuse du ligament vertébral antérieur, qui est beaucoup plus tranchée à droite qu'à gauche; car, au niveau de chaque articulation des corps, leur ossification forme des tubercules qui, tous, placés au niveau de la convexité, vont, en augmentant sensiblement de volume, de la partie supérieure à la partie inférieure.

Région lombaire. — Au niveau de la dernière dorsale, on voit déjà que ces tubercules osseux commencent à se porter à gauche; et dans la région lombaire, les tubercules qui sont placés à gauche ont pris un développement beaucoup plus considérable,

il est tel que entre la deuxième et la troisième vertèbre lombaire, ce tubercule a près de 3 centimètres de saillie.

L'articulation sacro-vertébrale a subi les mêmes modifications que la colonne vertébrale; le sacrum est uni aux os iliaques, comme ces derniers sont aussi ankylosés entre eux au niveau de la symphyse des pubis.

Des côtes, du sternum et de la clavicule. — Les côtes ne sont pas soudées en arrière avec la colonne vertébrale ; mais il n'en est pas de même en avant : elles sont toutes soudées avec le sternum ; les cartilages même vers lesquels vont se rendre les fausses côtes, ont aussi subi une transformation osseuse.

Le sternum ne présente rien de particulier, pas plus que les articulations sterno-claviculaïres.

Les autres articulations, des membres supérieurs ou inférieurs, ne sont pas ankylosées.

Il est donc curieux de voir que l'ankylose n'avait envahi que le tronc, et elle ne paraît pas le résultat de l'âge, comme on peut le voir au volume et à la structure des os, et surtout à l'état des dents, que le sujet avait toutes conservées.

N° 718. — Squelette d'une femme âgée. La colonne vertébrale et les membres seuls sont ankylosés.

Colonne vertébrale. — La tête est soudée avec l'atlas. Les vertèbres cervicales sont les seules qui soient soudées, et elles le sont en deux groupes : l'un comprend de la première à la cinquième inclusivement, l'autre la sixième et la septième. Toutes les vertèbres de cette région présentent une courbure à convexité antérieure, les corps sont éloignés en avant et ne se sont soudés que par leurs petites facettes latérales, à l'exception de la première avec la seconde, et de la sixième avec la septième. C'est surtout par les apophyses articulaires et par les lames que les autres vertèbres se sont soudées.

Membres supérieurs. — La tête des deux humérus, ainsi que la cavité glénoïde, sont déformées et atrophiées, mais sont libres. L'humérus, plus grêle qu'à l'état normal, est sur les deux bras soudé avec le cubitus, l'extrémité supérieure du radius n'est point ankylosée. La cavité sigmoïde du cubitus est résorbée en partie, de sorte que cet os n'est plus en rapport avec le radius.

Les os de l'avant-bras sont assez grêles, et en haut comme en bas, l'articulation radio-cubitale n'est point ankylosée. Le carpe est ankylosé avec le radius, seulement du côté droit. Du côté gauche, la main est dans une extension forcée, au point que l'on dirait que le cubitus est dans un état de subluxation en avant sur les os de l'avant-bras.

Les os du carpe sont soudés entre eux, mais à droite comme à gauche, ils ne sont point ankylosés avec les os du métacarpe.

Membres inférieurs. — Les os du bassin ne sont ankylosés ni avec le sacrum, ni dans leur symphyse. La cavité cotyloïde des deux côtés est rugueuse, déformée, ainsi que la tête du fémur. La diaphyse des deux fémurs est un peu diminuée de volume. L'articulation du genou sur les deux membres est ankylosée à la fois avec le tibia et la rotule. Les deux membres sont dans la flexion, la rotule est soudée au condyle externe du fémur. Entre les condyles du fémur et du tibia existe une pièce intermédiaire qui soude ces deux os, et paraît résulter de l'ossification du cartilage semilunaire. L'épine du tibia est complétement résorbée, de sorte qu'au centre il existe un espace vide assez considérable.

Le péroné droit est soudé avec le tibia, la soudure n'a lieu qu'avec l'épiphyse, dont la réunion n'avait point encore eu lieu avec le péroné. Du côté gauche le péroné n'est pas ankylosé. Des deux côtés l'articulation tibio-astragalienne a été déformée, les cartilages sont disparus, l'ankylose n'a pas eu lieu.

Les os du tarse sont soudés incomplétement du côté droit, à gauche, l'ankylose porte sur toutes les articulations. A droite, ce sont surtout les os du tarse les plus internes qui sont soudés; ainsi l'astragale, le calcanéum, le scaphoïde, le premier cunéïforme et le premier métatarsien sont soudés de manière à ne plus former qu'un seul os. En dehors les deux derniers métatarsiens sont seuls soudés avec le cuboïde. A gauche tous les os du tarse et du métatarse sont ankylosés entre eux.

N° 719. — Portion de squelette, composée de la tête, du tronc, du bassin et de la partie supérieure du fémur droit; ankylose.

Ce squelette qui est celui d'un homme, présente une déviation considérable de la colonne vertébrale ; il existe une scoliose à trois courbures. La tête qui est normale est ankylosée avec la colonne vertébrale; on dirait que l'apophyse odontoïde a été résorbée.

La colonne vertébrale présente une première courbure antéro-postérieure, à convexité antérieure qui s'étend de la première à la septième vertèbre cervicale. Ces vertèbres sont ankylosées dans cette position, par les corps, les masses apophysaires et les lames, sur les dernières vertèbres seulement, l'ankylose n'est pas complète pour les corps.

La région dorsale comprend deux courbures : l'une, cervico-dorsale à convexité gauche, comprend les deux dernières vertèbres cervicales et les sept premières dorsales. Toutes ces vertèbres sont ankylosées entre elles dans toutes les surfaces articulaires des corps, des masses apophysaires et des lames.

Seulement la soudure est moins prononcée du côté de la convexité que de la concavité.

La troisième courbure dorso-lombaire est à convexité droite; elle s'étend depuis la septième vertèbre dorsale, jusqu'à la partie inférieure de la région lombaire. Toutes ces vertèbres sont soudées.

Toutes les côtes sont soudées sous des inclinaisons variables, soit à droite ou à gauche ; ces ankyloses sont complètes, car en arrière elle a lieu à la fois par la tête et la tubérosité.

Le sternum est d'une seule pièce. Le bassin est soudé avec le sacrum, et les deux os iliaques sont réunis en avant à la symphyse du pubis. A droite le fémur est ankylosé avec la cavité cotyloïde, à gauche la cavité cotyloïde élargie, présente une grande partie des altérations de l'arthrite sèche.

CHAPITRE XVIII

Luxations.

Le nombre des pièces relatives aux luxations est très-considérable dans le Musée; on en compte cent soixante-six, que je diviserai en cinq articles distincts, à savoir : 1° luxations de la colonne vertébrale; 2° luxations de la mâchoire inférieure; 3° luxations du sternum; 4° luxations des membres supérieurs; 5° luxations des membres inférieurs.

ARTICLE PREMIER.

LUXATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Six pièces, n^os^ 720, 720 *a*, 720 *b*, 720 *c*, 720 *d*, 720 *e*, se rapportent aux luxations de la colonne vertébrale. Toutes ces pièces, par leur rareté, présentent un certain intérêt scientifique. La pièce n° 720 est un exemple de subluxation par rotation de l'atlas sur l'axis. Malheureusement, elle est sans renseignements. Les pièces n^os^ 720 *a* et 720 *c* sont des luxations bi-latérales en avant de la quatrième vertèbre sur la cinquième. Pour la pièce n° 720 *c* le déplacement est incomplet. La pièce n° 720 *d* est une luxation bi-latérale complète

en avant de la sixième vertèbre cervicale sur la septième. Enfin, la pièce n° 720*e* est un exemple extrêmement curieux d'une luxation incomplète en arrière et sans fracture, de la cinquième vertèbre dorsale sur la sixième.

La pièce n° 720*b*, qui n'appartient point en propre aux luxations, est un exemple de diastasis avec écartement des septième et sixième vertèbres cervicales, mais sans déplacement des corps des vertèbres.

N° 720. — Tronçon de colonne vertébrale, composé d'une portion de l'occipital et des six premières vertèbres cervicales ; subluxation par rotation de l'atlas sur l'axis.

Cette pièce, sans renseignements, est en assez mauvais état de conservation. L'on peut constater cependant que le corps de la troisième vertèbre cervicale a été écrasé de haut en bas et d'arrière en avant ; le corps vertébral affaissé a une hauteur notablement moindre que celui des autres vertèbres.

La seconde vertèbre a éprouvé sur la première, un mouvement de rotation d'arrrière en avant et de droite à gauche, qui porte en avant son apophyse articulaire, laquelle fait dans ce point une saillie assez considérable, et se trouve , dans ses trois quarts antérieurs libre. L'apophyse articulaire gauche, portée en arrière, est également abandonnée dans une grande étendue par l'apophyse articulaire de l'atlas, qui se trouve faire saillie dans le canal rachidien, qui est rétréci à ce niveau.

N° 720*a*.— Tronçon de colonne vertébrale, composé de cinq vertèbres cervicales ; luxation bilatérale complète en avant de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième.

Cette pièce provient d'un homme de 38 ans, qui est tombé d'un deuxième étage, et est mort le lendemain. Les deuxième, troisième et quatrième vertèbres cervicales sont fortement portées en avant et légèrement à droite; le corps de la quatrième vertèbre déborde en avant celui de la cinquième. En arrière les épines se suivent sans notables changements de rapports; mais on constate que l'épine de la quatrième vertèbre a été séparée du reste de l'os, par une double fracture des lames vertébrales, et c'est ainsi qu'elle est restée en arrière.

Les apophyses articulaires de la quatrième vertèbre sont passées en avant de celles de la cinquième, sur lesquelles elles chevauchent même notablement. La portion moyenne du ligament

antérieur est conservée ; il est déchiré sur les côtés. Les enveloppes de la moelle n'étaient point lésées. La moelle offrait une double inflexion pour s'accommoder à la nouvelle direction de son canal ; elle était comprimée, mais il n'existait point de contusion ni d'épanchement sanguin.

(Professeur Malgaigne, *Revue médico-chir.*, t. XIV, p. 333. Atlas des luxations, fig. 4 et 5, pl. 17.)

N° 720 *b*. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des cinq dernières vertèbres cervicales et des trois pemières dorsales ; diastasis.

Sur cette pièce on constate un diastasis avec écartement des septième et sixième vertèbres cervicales, mais sans déplacement du corps des vertèbres. Cette lésion a été produite par une chute d'un lieu élevé ; elle est très-rare et avait été admise, avec une certaine réserve, dans le Compendium de chirurgie sur la foi de Bell.

On constate, sur cette pièce, que le disque intervertébral, compris entre la sixième et la septième vertèbre cervicale, est détaché dans sa partie moyenne du corps de la sixième vertèbre, tandis que les parties latérales sont restées adhérentes par leur partie inférieure et moyenne. Le disque, adhère au contraire, dans sa partie moyenne, à la face supérieure de la septième vertèbre ; mais les parties latérales sont complétement détachées du corps de cette vertèbre qui, dans ce point, paraît lisse et polie.

(Professeur Denonvilliers, *Soc. de chir.*, 1852, t. II, p. 210.)

N° 720 *c*. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des sept vertèbres cervicales ; luxation bilatérale incomplète en avant de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième.

Cette pièce provient d'un homme de 40 ans, qui tomba du haut d'une charrette la tête la première, et resta paralysé des quatre membres. La tête était portée en avant, il pouvait la fléchir, la tourner facilement, le cou dans ces mouvements restait immobile. La mort arriva au bout de vingt-deux heures.

On constate sur cette pièce, en arrière entre la quatrième et la cinquième vertèbre, un écartement notable, au fond duquel s'aperçoit la dure-mère intacte. Les ligaments jaunes sont déchirés, ainsi que ceux des apophyses articulaires. Les apophyses articulaires de la cinquième vertèbre sont à nu et un peu saillantes en arrière ; au-dessus d'elles, mais ne les ayant point encore complétement dépassés, se voit le bord inférieur des apophyses articulaires de la quatrième vertèbre portées en avant et en haut, et qui se sont creusé dans le cartilage une petite dépression qui les retient.

Le corps de la quatrième vertèbre fait en avant une saillie de quelques millimètres. Le tronçon rachidien supérieur est incliné sur l'autre de manière à remplacer la convexité normale de cette région, par un angle rentrant d'environ 155 degrés. Le ligament antérieur est rompu, le fibro-cartilage comme broyé a presque disparu, et la quatrième vertèbre ne semble plus tenir à la cinquième que par des liens fibro-celluleux ; l'artère vertébrale était intacte. La moelle était comprimée par le corps de la cinquième vertèbre saillant en arrière, et par les lames de la quatrième portées en avant.

(Professeur Trélat, *Thèse de concours d'agrégation de M. Richet, 1851, sur les luxations traumatiques du rachis*, p. 94.)

N° 720 *d*. — Tronçon de colonne vertébrale, composé des quatre dernières vertèbres cervicales et des deux premières vertèbres dorsales; luxation bilatérale complète en avant de la sixième vertèbre cervicale sur la septième.

Sur cette pièce qui est sans renseignements, on constate que le corps de la sixième vertèbre porté en avant où il fait une saillie considérable, dépasse dans cette direction celui de la septième de près d'un centimètre. Les ligaments antérieurs et postérieurs, ainsi que le disque, ont été complétement rompus. Les apophyses articulaires inférieures de la vertèbre supérieure sont complétement passés en avant des supérieurs de la vertèbre inférieure, et correspondent aux trous de conjugaison. L'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale a été incomplétement fracturée près de sa base. Le canal rachidien est notablement rétréci au niveau de la luxation.

(Professeur Malgaigne.)

N° 720 *e*. — Tronçon de colonne vertébrale, composé de huit vertèbres dorsales; luxation incomplète et en arrière, de la cinquième vertèbre dorsale sur la sixième, sans fracture.

Cette pièce provient d'un homme de 25 ans, qui aidait à dresser un mât de charpente du poids de plus de 400 kilogrammes; cet homme était enfoncé jusqu'au voisinage des aisselles dans un trou creusé pour recevoir la base de cette pièce de bois, lorsqu'elle s'abattit lentement sur lui. La face antérieure du thorax s'appuyant sur le bord de la fosse, la partie la plus élevée de la région dorsale supporta la pression et le poids de ce mât, et la partie supérieure du tronc fut fortement fléchie en avant. L'individu fut à l'instant frappé de paralysie, et mourut douze jours après l'accident.

Les apophyses épineuses et les lames vertébrales qui manquent sur la pièce, ne présentaient aucune trace de fracture. Le

corps de la cinquième vertèbre dorsale est situé sur un plan postérieur à celui de la sixième, et ce dernier proémine en avant dans le médiastin dans lequel du sang était épanché. La cinquième et la sixième vertèbre jouissaient d'une grande mobilité l'une sur l'autre. Tous les liens qui les unissent sont déchirés, et ces vertèbres n'étaient plus maintenues en rapport que par quelques faisceaux musculaires de la couche des gouttières vertébrales. Le grand ligament antérieur, et le ligament commun postérieur du corps des vertèbres, sont entièrement déchirés au niveau de la luxation.

Le fibro-cartilage interposé au corps des cinquième et sixième vertèbres dorsales a été, non pas déchiré, mais complétement arraché. Dans cet arrachement, le disque fibreux n'a pas suivi en entier l'une des vertèbres; une petite portion, équivalant à peine à 1/6e du diamètre total du fibro-cartilage, est restée adhérente au corps de la cinquième vertèbre; une autre, plus grande, égale à peu près aux 5/6es de son diamètre, est restée adhérente au corps de la sixième. Or, il n'y a pas seulement arrachement du tissu fibreux, mais aussi de la lame cartilagineuse qui le recouvre et le sépare de la face articulaire du corps vertébral. On voit en effet l'un et l'autre des fragments, recouverts sur leur face libre d'une lame mince de cartilage, et le tissu osseux est absolument à nu dans les points qui correspondent à l'arrachement.

Les apophyses articulaires étaient séparées les unes des autres, de manière que les inférieures (apophyses articulaires supérieures de la sixième vertèbre) se trouvent situées à près d'un centimètre au-devant des supérieures (apophyses articulaires inférieures de la cinquième vertèbre). Les fibres ligamenteuses qui les unissaient étaient entièrement déchirées. Un très-petit fragment osseux appartenant au bord de l'une de ces apophyses, était appendu à des fibres ligamenteuses qui s'inséraient sur le bord de l'apophyse correspondante. La perte de cette esquille n'altérait en rien la configuration normale de la facette articulaire ou de l'apophyse qui la supporte.

Les ligaments jaunes n'étaient pas rompus. L'état du ligament sur-épineux n'a pas été examiné.

(M. Robert, *Soc. de chir.*, 1854, t. IV, p. 132.)

ARTICLE 2.

LUXATIONS DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

Trois pièces seulement, nos 221, 221 *a* et 221 *b*, se rapportent à la luxation de la mâchoire inférieure, et pour les trois ce sont des exemples de luxation en avant. Sur ces pièces il est facile de constater le transport en avant du condyle, et dans une étendue beaucoup plus considérable que ne l'ont admis la plupart des auteurs. Sur ces trois pièces la luxation est bilatérale.

N° 221. — Portion de tête; luxation bilatérale de la mâchoire inférieure.

Cette pièce provient d'une femme qui s'est luxée la mâchoire inférieure en baillant. On constate sur la pièce que les ligaments sont intacts; les condyles ne paraissent pas sensiblement portés plus en avant que dans le baillement ordinaire, seulement les apophyses coronoïdes très-longues et, chose remarquable, plus rapprochées des condyles que sur une mâchoire ordinaire, chevauchent fortement sur les os malaires, en dehors des tubercules du même nom. C'est à cette disposition que paraît due principalement la difficulté de réduction.

(Professeur Nélaton, *Revue médico-chirurgicale*, t. VI. p. 284.)

N° 221 *a*. — Portion de tête; luxation bilatérale de la mâchoire inférieure.

Sur cette pièce en assez mauvais état de conservation, on constate que les deux condyles du maxillaire ont abandonné leur cavité, qu'ils sont passés en avant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique. Le déplacement du condyle est plus étendu à droite qu'à gauche où le masseter a été conservé; à droite le sommet de l'apophyse coronoïde dans le rapprochement forcé de la mâchoire vient arc-bouter contre le tubercule de l'os malaire.

(Professeur Nélaton, 1862.)

N° 721 *b*. — Portion de tête; luxation bilatérale de la mâchoire inférieure.

Cette pièce provient d'un homme de 32 ans, qui, il paraît, avait l'habitude de se luxer le condyle droit, et de se montrer dans cet état à ses voisins, puis il réduisait lui-même cette luxation partielle. Un jour la luxation fut double et elle persista. M. Dumarquay la réduisit avec certaines difficultés, et le malade succomba environ douze jours après. La luxation a été reproduite peu de temps après la mort, afin d'étudier les rapports des surfaces articulaires.

L'articulation temporo-maxillaire droite a été disséquée pour étudier l'articulation luxée avec les ligaments qui l'entourent ; du côté gauche les muscles sont intacts, afin de bien faire voir l'apophyse coronoïde recouverte du tendon du muscle temporal. On peut voir que le condyle droit a subi un déplacement considérable ; ce déplacement est de 4 centimètres, il est venu se placer au-devant de la partie transverse de l'apophyse zygomatique, en même temps qu'il s'est un peu élevé. Le disque interarticulaire, dans le transport du condyle, a suivi cette surface articulaire jusqu'au niveau de la partie transverse de l'arcade zygomatique. La capsule articulaire, ainsi que le ligament latéral interne, n'ont subi aucune solution de continuité. L'apophyse coronoïde est portée au-dessous et en avant de la partie inférieure de l'os malaire.

(M. Demarquay, *Soc. de chir.*, 1863, 2e série, t. IV, p. 119.)

Article 3.

LUXATIONS DU STERNUM

Il n'en existe qu'une seule pièce dans le Musée. A cause de la multiplicité des lésoins que présente cette pièce, elle a été placée par M. Denonvilliers dans son catalogue avec les fractures, et elle porte le n° 66.

Article 4.

LUXATIONS DES MEMBRES SUPÉRIEURS

Comme pour les fractures, je diviserai cet article en plusieurs ordres, à savoir : 1° luxations scapulo-humérales ; 2° luxations du coude; 3° luxations du poignet; 4° luxations de la main, carpe, métacarpe et phalanges.

ORDRE PREMIER.

Luxations scapulo-humérales

Le Musée renferme vingt-sept pièces relatives aux luxations scapulo-humérales, du n° 722 au n° 731 *d* inclusivement. La plupart de ces pièces sont des exemples de luxations anciennes, et leur préparation pour quelques-unes laisse à désirer, lorsqu'on veut apprécier d'une façon exacte le déplacement. Il nous a paru que l'on pouvait cependant les classer de la manière suivante : 1° cinq pièces, n°s 722, 723, 723 *a*, 723 *b*, et 724, appartiennent à la variété sous-coracoïdienne. La pièce n° 723 *a* est un exemple de luxation, qui peut être considérée comme récente, puisque le malade a succombé environ un mois après l'accident ; elle montre l'état de cicatrice relativement avancée de la déchirure de la capsule articulaire. 2° Quatre pièces, n°s 722 *a*, 722 *b*, 722 *c* et 722 *d*, appartiennent à la variété sous-glénoïdienne ; la pièce n° 722 *a*, dont le modèle en plâtre n° 722 *b* représente la pièce avant dissection, semble appartenir à une lésion qui datait de la première enfance, car la malade la rapportait à sa nourrice qui l'avait laissée tomber à l'âge de deux ans. Mais on peut se demander, à cause de l'intégrité de la capsule et de la mauvaise conformation des surfaces articulaires, si ces malformations ne pourraient point appartenir à une lésion congéniale. 3° Il existe quatorze pièces de luxations intra-coracoïdiennes, du n° 725 au

n° 730 *b*. La pièce n° 729 *a*, est particulièrement intéressante: elle présente un de ces cas rares de fracture de la tête de l'humérus au niveau du col anatomique, et de luxation dans l'aisselle de la portion osseuse détachée. 4° Deux pièces, n°s 731 et 731 *a*, sont des exemples de luxations en arrière. Pour la première la luxation est incomplète et sous-acromiale; pour la seconde, n° 731 *a*, la luxation est complète et la tête humérale est placée sous l'épine de l'omoplate.

Il ressort encore de l'examen des luxations anciennes, dans les variétés sous-coracoïdiennes et intra-coracoïdiennes, que la nouvelle cavité située en dedans du col et rapprochée par conséqnent de l'ancienne, avec laquelle elle se trouve souvent en communication, au lieu d'être creusée dans l'omoplate, présente une facette qui repose sur un plateau assez épais, qui résulte d'ossifications provenant de nouvelles sécrétions osseuses, ou bien même de débris consolidés de fractures partielles, n°s 723, 725, 726, 726 *a*, 727, 727 *a*, 728 et 730.

La tête humérale dans la luxation ancienne, est aussi généralement hypertrophiée, rugueuse, couverte d'aspérités, n°s 723, 725, 726, 726 *a*, 727 et 727 *a*.

Un certain nombre de fractures compliquent aussi assez souvent les luxations scapulo-humérale, et quelques-uns des fragments en se soudant dans les ossifications nouvelles concourent à donner un certain développement à la nouvelle cavité. Celles que l'on rencontre le plus souvent sont : les fractures du rebord interne de la cavité glénoïde, n°s 723 *a*, 723 *b*, 726 *a*, 729 *b*, l'arrachement de la grosse tubérosité, n°s 726 *a*, 728, 730 *b*, la fracture de l'apophyse coracoïde n°s 723 *a*, 723 *b*.

Les trois pièces, n°s 731 *b*, 731 *c*, 731 *d*, sont des têtes humérales isolées qui présentent des altérations consécutives à des luxations anciennes.

N° 722. — Omoplate, clavicule et humérus gauche; luxation sous-coracoïdienne.

Cette pièce est en assez mauvais état de conservation. La tête humérale portée en dedans, sur le bord interne de la cavité glé-

noïde, est située au-dessous de l'apophyse coracoïde. Elle s'est creusée dans ce point, sur le bord interne de la cavité glénoïde une cavité peu profonde. La tête humérale est peu déformée, et correspond à la cavité glénoïde ; par sa grosse tubérosité, elle appartient manifestement à la variété de luxation qui a été désignée par M. Malgaigne sous le nom d'*incomplète*.

La partie supérieure du tiers moyen de l'humérus a été obliquement fracturée de haut en bas, de dehors en dedans, et il s'est formé une fausse articulation. Les extrémités fracturées se sont cicatrisées isolément, et la cicatrice a obstrué le bout supérieur du canal médullaire.

(Professeur Desault.)

N° 722 *a*. — Articulation scapulo-humérale droite, avec l'humérus et les deux os de l'avant-bras; luxation sous-glénoïdienne, consécutive à une paralysie musculaire.

Cette pièce provient d'une vieille femme de la Salpétrière, qui était paralysée depuis longtemps, mais on manque de renseignements précis. Tous les os de ce membre, clavicule, omoplate, humerus, cubitus et radius, sont notablement atrophiés, ils sont très-grêles, quoique bien conformés. Les muscles étaient complétement graisseux et atrophiés, et l'on peut voir sur le sous-scapulaire et le sous-épineux qui ont été conservés, que cette altération graisseuse est extrêmement prononcée.

La capsule articulaire scapulo-humérale était conservée intacte, seulement très-allongée, elle a été incisée verticalement pour montrer la disposition des surfaces articulaires. La cavité glénoïde est atrophiée, la tête de l'humérus est peu volumineuse, irrégulière, le cartilage d'encroûtement est altéré, aminci. La tête humérale, au lieu de correspondre à la cavité glénoïde, est immédiatement située au-dessous, à la partie antérieure du tendon de la longue portion du triceps brachial. La longue portion du biceps occupait sa position normale dans la capsule articulaire.

(M. Houel, *Soc. anat.*, 1847, t. XXII, p. 4.)

N° 722 *b*.— Modèle en plâtre de la déformation de l'épaule de la pièce précédente, n° 722 *a*, consécutive au déplacement articulaire.

(M. Houel.)

N° 722 *c*. — Modèle en plâtre d'une luxation sous-glénoïdienne.

La luxation était récente, elle siége du côté droit. Sur cette

pièce on retrouve toutes les altérations de forme qui se rapportent à cette luxation et qu'il me paraît inutile d'analyser ici.
(Professeur Broca, 1873.)

N° 722 *d*. — Portion de l'omoplate gauche, avec la partie supérieure de l'humérus; luxation sous-glénoïdienne.

Le malade sur lequel a été prise cette pièce était alcoolique ; la réduction de la luxation fut suivie quelques heures après de delirium tremens, auquel le blessé succomba au bout de deux jours.

A l'autopsie M. Benj. Anger put reproduire assez facilement la luxation. On constate sur cette pièce que la capsule est arrachée à son insertion humérale à la partie antérieure et inférieure. La tête de l'humérus, qui est entièrement sortie de sa cavité, repose sur la partie antérieure et inférieure du bourrelet glénoïdien, de telle façon, que le sillon qui sépare la grosse tubérosité de la partie cartilagineuse de la tête, correspond à la partie antérieure et inférieure du bourrelet glénoïdien.

La capsule n'étant point rompue à sa partie supérieure, forme une bride qui empêche l'ascension de la tête. Le muscle sus-épineux a, par sa contraction, arraché une partie de ses insertions osseuses, qui forment deux petits fragments détachés de la grosse tubérosité.
(M. Benj. Anger, 1877)

N° 723. — Articulation scapulo-humérale gauche; luxation sous-coracoïdienne ancienne.

La tête humérale placée à la face interne du scapulum, est située immédiatement au-dessous de l'apophyse coracoïde, dont le bec correspond encore à la moitié externe de la partie articulaire. La cavité glénoïde, malgré l'ancienneté de la lésion, est peu déformée; sa largeur a principalement diminué, elle n'est plus que de 2 centimètres 1/2 dans sa partie moyenne. Au dedans à la face interne du scapulum, se trouve la cavité nouvelle, qui présente assez régulièrement la forme de l'ancienne cavité, dans son milieu elle a 5 centimètres de hauteur sur 4 de largeur. Sa partie supérieure et interne est limitée par une crête osseuse qui donnait insertion à des éléments fibreux, débris de la capsule accidentelle.

La tête humérale est hypertrophiée ; cette augmentation de volume s'est principalement opérée au dépens du diamètre vertical, d'où résulte un léger aplatissement de la tête.
(M. Stanski, 1838.)

monté sur un âne, a été jeté à terre, et l'épaule gauche seule a supporté le poids de la chute. La luxation de l'épaule a été irréductible.

On constate sur le modèle en cire, une tuméfaction énorme du creux sous-claviculaire ; le relief en est formé par la tête de l'humérus. La saillie de la clavicule a, en grande partie, disparu dans ses deux tiers externes ; le moignon de l'épaule est aplati ; le bras est éloigné de l'axe du corps. L'extrémité externe de la clavicule a passé au-dessus de l'acromion.

(Professeur Gerdy.)

N° 725. — Articulation scapulo-humérale gauche ; luxation intra-coracoïdienne ancienne.

Dans cette variété de luxation, dont cette pièce est un très-bel exemple, la cavité glénoïde est assez déformée ; elle est en contact direct avec la partie postérieure de la grosse tubérosité humérale, dont le volume s'est notablement accru, par suite de l'hypertrophie qu'a déterminée le contact des deux surfaces osseuses.

La nouvelle cavité située à la face interne du scapulum est placée au-dessous et en dedans de l'apophyse coracoïde. Une portion de la tête humérale, qui n'est plus articulaire, est séparée de l'autre par une crête osseuse. La tête de l'humérus a éprouvé un mouvement de rotation sur son axe, qui a porté la coulisse bicipitale en dehors et en arrière.

(M. Lenoir.)

N° 726. — Articulation scapulo-humérale droite ; luxation intra-coracoïdienne ancienne.

La cavité nouvelle est située en dedans de l'ancienne cavité, dont le diamètre transverse est notablement diminué, par suite de fracture verticale probable. Cette cavité nouvelle a une configuration ovoïde assez régulière, elle regarde en avant et en dedans. Le point de la face interne du scapulum qui la supporte est le siége de sécrétions osseuses considérables, au sein desquelles elle se trouve creusée. Il est très-probable que des débris osseux de l'ancienne cavité, ont été englobés dans les produits de nouvelle sécrétion.

La tête humérale est très-volumineues ; sa partie antérieure, qui était située en dehors de la nouvelle cavité, est devenue rugueuse, inégale. La grosse tubérosité est séparée de la partie articulaire par une gouttière profonde, qui pourrait faire croire à tort à une perte de substance. La face inférieure de l'apophyse coracoïde présente une facette articulaire, qui est en rapport avec la partie supérieure de la tête de l'humérus. Le grand trochan-

ter, par sa partie supérieure est en rapport avec la cavité glénoïde ancienne.

N° 726 *a*. — Articulation scapulo-humérale droite; luxation intra-coracoïdienne ancienne.

La cavité glénoïde, un peu entamée à sa partie interne, où existe une crête osseuse, débris probable d'une fracture, est rétrécie transversalement, et dépourvue en grande partie de son cartilage d'encroûtement. La nouvelle cavité est creusée sur le col de l'omoplate, et un peu la fosse sous-scapulaire; elle est complétée à sa surface inférieure et interne, par un plateau osseux qui résulte des débris de la fracture de la partie interne de la cavité glénoïde et de nouvelles sécrétions périostiques. En haut, cette cavité remonte jusqu'à la racine de l'apophyse coracoïde; en bas, elle descend notablement au-dessous de la cavité glénoïde.

La tête de l'humérus très-hypertrophiée est rugueuse, dépourvue de cartilages et couverte de nombreuses aspérités. La grosse tubérosité a été arrachée et brisée en un grand nombre de fragments non consolidés, mais qui ont été maintenus en rapport par les tendons des muscles sous-épineux grands et petits ronds.

(Professeur Malgaigne.)

N° 726 *b*. — Articulation scapulo-humérale gauche; luxation intra-coracoïdienne.

Cette pièce, sans renseignements, est assez mal préparée; la tête humérale, portée en dedans et en avant, repose sur la partie interne du col glénoïdien, et l'humérus a éprouvé un mouvement de rotation sur son axe de dedans en dehors.

(Professeur Malgaigne.)

N° 727. — Articulation scapulo-humérale gauche; luxation intra-coracoïdienne ancienne.

La cavité glénoïde est considérablement déformée, elle a environ 1 centimètre de largeur. La nouvelle cavité, creusée au milieu d'un dépôt osseux assez considérable de matière osseuse, située à la face interne du col du scapulum, est en rapport avec une petite portion de la tête humérale hypertrophiée, qui est séparée de la grosse tubérosité par une rainure profonde. La portion antérieure de la tête humérale, qui n'est plus articulaire, est devenue rugueuse, inégale, elle est couverte d'aspérités.

(M. Demeaux, *Soc. anat.*, 1836.)

N° 727 *a*. — Articulation scapulo-humérale droite; luxation intra-coracoïdienne ancienne.

Sur cette pièce, qui a été conservée dans l'alcool, on constate que la tête humérale est située en dedans de l'apophyse coracoïde qui, par son bec, correspond à la grosse tubérosité humérale hypertrophiée. Une capsule fibreuse complète, assez épaisse, entourant la nouvelle articulation, a été incisée, et on voit qu'il existe à la partie interne du col de l'omoplate, une nouvelle cavité profonde, qui ne pouvait contenir cependant qu'une portion assez restreinte de la tête humérale qui est notablement hypertrophiée, dépourvue de cartilages, rugueuse, inégale. La cavité ancienne est très-rétrécie, de nombreuses brides fibreuses assez résistantes s'étendent de la face interne de la capsule articulaire, à la tête humérale sur laquelle elles viennent s'insérer.
(M. Houel.)

N° 727 *b*. — Modèle en plâtre d'une luxation intra-coracoïdienne ancienne, non réduite.

Le moignon de l'épaule est très-aplati, et on distingue en avant une saillie arrondie, qui est produite par la tête de l'humérus.
(Professeur Laugier.)

N° 728. — Articulation scapulo-humérale gauche; luxation intra-coracoïdienne ancienne, avec fracture par arrachement de la grosse tubérosité de l'humérus, qui s'est consolidée.

La cavité glénoïde est recouverte par des débris de la capsule articulaire; la cavité paraît intacte dans toute son étendue, ce qui peut s'expliquer par la fracture de la grosse tubérosité. La nouvelle cavité rugueuse inégale est située en dedans de l'ancienne, à la face interne du col de l'omoplate. Cette nouvelle cavité, assez mal conformée, n'est en rapport qu'avec la partie postérieure de la tête humérale, qui n'est cependant pas très-hypertrophiée.

N° 729. — Articulation scapulo-humérale gauche; luxation intra-coracoïdienne ancienne.

La tête humérale a été fracturée en dedans du col anatomique, obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, le fragment

ainsi détaché est luxé en dedans, et fixé à la partie interne de l'apophyse coracoïde. Il existe donc à la fois sur cette pièce une fracture intra-capsulaire de la tête humérale et luxation intra-coracoïdienne de la portion osseuse détachée. Ces deux lésions ont été évidemment produites par la même cause. La portion de tête luxée, adhère intimement par sa surface de fracture au moyen d'éléments fibreux, à l'apophyse coracoïde. La portion d'épiphyse, restée adhérente à la diaphyse, a été maintenue en rapport avec la cavité glénoïde qui est conservée, par des brides fibreuses, qui réunissent en bas et en arrière cette portion de l'humérus à l'omoplate. Les deux tubérosités humérales sont déformées ainsi que le corps de l'humérus.

N° 729 *a*. — Articulation scapulo-humérale gauche, avec luxation en avant de la tête humérale, qui a été fracturée au niveau du col chirurgical; il existe aussi une fracture du col anatomique.

Cette pièce provient d'une femme de 83 ans, qui est tombée seulement de sa hauteur sur le sol, le coude gauche étant écarté du tronc. A son entrée à l'hôpital, M. Lenoir constata une tuméfaction notable de la partie supérieure du bras gauche, avec ecchymose assez étendue de sa partie interne, un raccourcissement de 2 centimètres, et une crépitation rude et multiple pendant les mouvements de rotation et d'élévation du bras. On diagnostiqua une fracture du col chirurgical de l'humérus, puis, après l'application de quelques résolutifs pendant quelques jours, on appliqua un appareil de fracture, qui fut maintenu pendant près de trois mois.

On constate sur cette pièce une fracture du col anatomique de l'humérus ; la tête humérale, recouverte de son cartilage, adhère au pourtour de la cavité glénoïde par une petite portion de la capsule articulaire qui s'insère dans l'étendue de quelques millimètres sur la rainure qui sépare la tête de la grosse tubérosité. Cette tête humérale, luxée en dedans et en bas, est venue se placer dans l'aisselle, à la hauteur de la troisième côte, après avoir éprouvé un mouvement de bascule, d'où résulte que sa face articulaire regarde en avant.

Quoique les fragments soient consolidés, il est encore facile de reconnaître qu'il existe, en outre, une fracture du col chirurgical de l'humérus. La cavité glénoïde ne présente aucune déformation.

(M. Lenoir.)

N° 729 *b*. — Articulation scapulo-humérale gauche ; luxation intra-coracoïdienne ancienne.

Sur cette pièce, qui est en assez mauvais état de conservation,

on constate qu'il existe une fracture du col chirurgical de l'humérus. Le fragment supérieur, qui représente la tête humérale profondément déformée, aplatie latéralement, est soudé à la diaphyse humérale.

La cavité glénoïde a été fracturée à sa partie interne, aussi elle est notablement rétrécie ; à la face interne du col du scapulum, existe un plateau osseux assez large et épais, à la surface duquel s'observe une surface lisse articulaire, à bords rugueux irréguliers. La portion osseuse, qui représente les débris de la tête, s'articulait avec cette partie aplatie, éburnée, et paraissait glisser à sa surface dans les différents mouvements que pouvait encore exécuter l'épaule.

(Professeur Malgaigne.)

N° 730. — Articulation scapulo-humérale droite; luxation intra-coracoïdienne ancienne, variété sous-claviculaire.

Le déplacement sur cette pièce est considérable; la tête de l'humérus a dépassé de beaucoup en dedans le bord interne de l'apophyse coracoïde, elle s'est en même temps portée en haut et correspond à la partie moyenne de la clavicule.

La cavité glénoïde ancienne est recouverte des débris de la capsule articulaire et du tendon du muscle sous-épineux, dont l'extrémité rompue contient un noyau osseux, qui résulte probablement de l'arrachement d'une partie de la grosse tubérosité. La cavité nouvelle, située à la face interne du scapulum, est très-irrégulière et d'un diamètre considérable, qui est en rapport avec celui de la tête de l'humérus qui est très-hypertrophiée.

N° 730 *a*. — Modèle en plâtre d'une luxation intra-coracoïdienne du côté gauche.

Sur ce moule on constate le relief considérable que fait en dedans de l'apophyse coracoïde, la tête humérale.

(Professeur Nélaton.)

N° 730 *b*. — Articulation scapulo-humérale gauche, avec la portion correspondante du thorax; luxation intra-coracoïdienne récente.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans, qui n'a pu préciser la nature de l'accident dont il a été victime, et qui a déterminé la mort au bout de quatre jours, sans que rien n'ait pu être tenté pour la réduction de la luxation.

On constate sur cette pièce que la tête de l'humérus, qui a aban-

donné la cavité glénoïde, est portée en avant, et qu'elle correspond à la moitié de la longueur de la clavicule, dont elle est très-rapprochée de la face inférieure. La tête de l'humérus est située sous le muscle petit pectoral qui a été incisé; elle refoule en dedans les vaisseaux et nerfs axillaires sur lesquels elle appuie. La grosse tubérosité a été arrachée et est restée adhérente aux tendons des muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond. La petite tubérosité est intacte ; c'est, au contraire, le tendon du muscle sous-scapulaire qui a été arraché ; le tendon de la longue portion du biceps, sorti de la gouttière et dévié de sa direction, traverse obliquement la cavité glénoïde qui est intacte, et ne présente aucune trace de fracture.

(M. Raynaud, *Soc. anat.*, 1859, 2e série, t. IV, p. 221.)

N° 731. — Articulation scapulo-humérale gauche; luxation sous-acromiale incomplète.

Cette pièce a été prise sur un carrier qui était tombé d'une hauteur d'environ 30 pieds, que des lésions graves, siégeant du côté des centres nerveux, emportèrent en quelques heures. La luxation, qui avait été réduite, fut ensuite reproduite après la mort pour en observer les caractères.

On constate que la capsule a été déchirée dans sa partie supérieure et postérieure ; la grosse tubérosité a été arrachée, et elle est entraînée en haut, sous la voûte acromio-claviculaire, par les muscles sus et sous-épineux ; elle est, en outre, divisée en deux, et le fragment postérieur très-petit correspond à une petite portion du sous-épineux.

La tête humérale, éloignée de sa cavité, autant que le permettent les portions antérieure et inférieure de la capsule demeurée intacte, est située sous l'angle postérieur de l'acromion, sans point de contact avec l'épine de l'omoplate ; elle ne s'appuie pas sur le col de l'os, mais sur le rebord postérieur de la cavité glénoïde. Dans cette position, les deux tiers de sa surface articulaire sont en dehors de la cavité glénoïde; l'autre tiers la regarde encore, d'où résulte que le *déplacement est incomplet.*

(M. Maisonneuve, *Soc. de chir.*, 1852, t. III, p. 194.)

N° 731 *a*. — Articulation scapulo-humérale du côté droit; luxation sous-épineuse, avec fractures multiples de l'omoplate.

Cette pièce a été recueillie sur un homme de 62 ans, charretier, qui était tombé sur le dos, et la roue de la voiture, du poids de 3,500 kilogrammes, a passé obliquement de bas en haut sur le côté droit du thorax et de la face.

La paroi antérieure de l'aisselle et la portion du thorax qui correspondait au grand pectoral, à la fosse sous-épineuse et au rhomboïde du côté droit, étaient le siége d'un gonflement très-considérable, mou, élastique, très-sonore à la percussion ; il donnait, à la pression, la sensation de la crépitation de l'emphysème. A son centre, on constatait un gargouillement très-accusé.

Le moignon de l'épaule était tuméfié; le deltoïde était comme soulevé par un épanchement. L'acromion était saillant et le doigt constatait au-dessous un vide très-prononcé ; on ne pouvait y sentir la tête humérale, qui était placée à près de 4 centimètres en arrière et en dedans du sommet de l'acromion, sous l'épine du scapulum. Elle formait, à ce niveau, une saillie considérable superficielle, comme si elle était sous-cutanée, facile à circonscrire, et sur laquelle on pouvait même reconnaître les deux tubérosités.

Le bras était dans la rotation en dedans, l'avant-bras fléchi à angle droit, le coude écarté du tronc dont il pouvait facilement être rapproché. Si on l'éloignait du corps, on sentait descendre la tête de l'humérus de haut en bas sur la face postérieure du col glénoïdien, et elle pouvait ainsi s'abaisser de plus de 3 centimètres au-dessous de l'épine de l'omoplate. En mesurant les deux bras rapprochés du tronc et dans la même position, on trouvait, du sommet de l'acromion à l'épicondyle, 30 centimètres pour le côté malade et 33 pour le côté sain.

On n'éprouvait aucune résistance à mouvoir le bras; les mouvements paraissaient peu douloureux, ce que M. Bidard attribue à l'état grave dans lequel était ce malade. La moindre traction permettait de réduire facilement la luxation, qui était bientôt reproduite par le malade lui-même et de la manière suivante : pour changer de position, il saisissait la main du côté luxé avec celle du côté sain, de manière à l'apporter au-dessus de la tête. Or, dans ce mouvement, les surfaces articulaires s'abandonnaient en faisant entendre un bruit de craquement très-prononcé, et la main, appliquée sur le moignon de l'épaule, sentait nettement la tête humérale basculer autour du rebord glénoïdien.

Autopsie. — Le creux de l'aisselle contenait une grande quantité de caillots sanguins; tous les muscles de la moitié droite du thorax et ceux du bras droit étaient ecchymosés. Le grand pectoral était nettement coupé dans le sens vertical, à 8 centimètres de son insertion humérale. Le deltoïde était déchiré en deux points : la première rupture était verticale et divisait son faisceau claviculaire en deux parties égales; la seconde, transversale, était au niveau de la fosse sous-épineuse et étendue dans toute la largeur de cette fosse. Le muscle sous-épineux était contus dans son tiers externe, mais incomplétement divisé. Le grand rond était coupé à sa partie moyenne; le petit rond était broyé et

presque réduit à sa substance tendineuse. Le sus-épineux, le sous-scapulaire et le grand dorsal étaient à peine altérés.

Les six premières côtes étaient fracturées; les deux premières n'offraient qu'une cassure, les autres étaient divisées en deux ou trois fragments. Le poumon droit adhérait aux côtes par de fausses membranes épaisses, résistantes et anciennes, dans presque toute sa face externe. Au niveau de ces adhérences, on trouvait trois déchirures de plus de 1 centimètre de longueur.

L'omoplate, comme cela se voit encore sur la pièce anatomique, est divisé en petits fragments par une fracture comminutive qui intéresse la moitié inférieure de son bord axillaire, les deux tiers inférieur et interne de la fosse sous-épineuse et le quart interne de l'épine. La cavité glénoïde n'est pas altérée.

L'examen de l'articulation acromio-claviculaire a permis de constater une petite déchirure de la partie antérieure et un peu inférieure de sa capsule : cette déchirure est beaucoup trop petite pour permettre le moindre déplacement. Cette extrémité externe de la clavicule droite, offre une variété de luxation incomplète tout à fait remarquable. En effet, les ligaments conoïde et trapézoïde sont complétement arrachés de leur insertion claviculaire, et la ligne rugueuse à laquelle ils s'insèrent est dénudée.

La capsule de l'articulation scapulo-humérale présente deux larges déchirures : la première comprend toute la partie supérieure de la capsule; la seconde, toute sa face postérieure et une partie de sa face inférieure. Elles sont séparées par une bandelette ligamenteuse non déchirée, de 3 centimètres de largeur, constituée par les tendons des muscles sus et sous-épineux. Les surfaces articulaires ne sont point fracturées, le tendon de la longue portion du biceps est arraché de sa gouttière, il est très-aplati, un peu éraillé, mais non rompu.

La tête de l'humérus ne peut sortir par l'ouverture supérieure de la capsule, quoique cette ouverture soit assez large pour lui livrer passage; elle est arrêtée par le ligament acromio-coracoïdien Mais elle s'échappe facilement par la déchirure inférieure, repoussant en arrière et en haut le muscle sous-épineux qui est profondément altéré. Lorsque l'humérus est abaissé, la tête articulaire occupe la portion externe de la fosse sous-épineuse, et est située immédiatement au-dessous du bord externe de l'omoplate.

(Professeur Denonvilliers, *Soc. anat.*, 1853, t. XXVIII, p. 265.)

N° 734 *b*. — Portion supérieure de l'humérus gauche; rainure creusée dans la tête.

Cette pièce, qui a été trouvée dans une luxation scapulo-humérale ancienne, présente à sa partie postérieure sur la tête humé-

rale, une rainure profonde qui devait correspondre au bord antérieur de la cavité glénoïde. Il existait plusieurs corps étrangers articulaires. La grosse tubérosité paraît avoir été en partie fracturée.
(Professeur Malgaigne.)

N° 731 *c*. — Portion supérieure de l'humérus gauche; fracture consolidée de la tête.

On observe sur cette pièce une fracture de la grosse tubérosité qui s'est consolidée, avec une nouvelle facette articulaire éburnée, située à la partie postérieure de la tête, et qui résulte des suites d'une ancienne luxation non réduite.
(Professeur Malgaigne.)

N° 731 *d*. — Portion supérieure de l'humérus droit; déformation de la tête.

Sur cette pièce, on observe des déformations assez notables de la tête de l'humérus, qui sont consécutives à une ancienne luxation scapulo-humérale non réduite.
(Professeur Malgaigne.)

ORDRE 2.

Luxations du coude.

Les pièces de luxations du coude sont au nombre de 21, du n° 732 au n° 736 *c* inclusivement. On y retrouve des exemples de presque toutes les variétés décrites dans les livres classiques. On en compte huit variétés, à savoir : 1° luxations du radius seul en avant, six pièces, n°s 732, 733, 733 *a*, 733 *b*, 733 *c*, 733 *d*; 2° luxation du radius en arrière, n° 733 *e*; 3° luxations incomplètes des deux os de l'avant-bras en arrière et souvent un peu en dedans, quatre pièces, n°s 734, 734 *a*, 734 *b*, 734 *c*; 4° luxation latérale externe des deux os de l'avant-bras, n° 735; 5° luxations latérales internes incomplètes des deux os de l'avant-bras, trois pièces, n°s 735 *a*, 735 *b*, 735 *c*; 6° luxations latérales externes complètes sus-épicondyliennes, n°s 735 *d*, 735 *e*. Ce sont

deux modèles en plâtre du même individu ; dans l'un, le bras est moulé dans l'extension ; dans l'autre, il est dans la flexion ; 8° luxation complète des deux os de l'avant-bras en arrière, nos 736 *a*, 736 *b* ; 9° luxation isolée des deux os de l'avant-bras en sens inverse, du cubitus en arrière, du radius en avant, n° 736 *c*.

N° 732. — Portion inférieure de l'humérus gauche, avec les deux os de l'avant-bras; luxation du radius en avant.

La tête du radius, portée en avant et en dedans, répond au bord interne de l'apophyse coronoïde, et sa partie la plus supérieure se trouve au niveau du bec coronoïdien. Cette tête est d'ailleurs très-altérée dans sa forme, elle est légèrement conique avec sa base refoulée en manière de champignon ; dans la flexion, elle allait heurter contre une dépression creusée sur la face externe de l'humérus. La flexion était ainsi limitée, et l'apophyse coronoïde n'arrivait plus à sa petite cavité antérieure. Il n'y a plus trace de la surface articulaire du condyle huméral. Le ligament latéral externe et l'annulaire ne sont point rompus ; ce dernier ou du moins la bride fibreuse que je considère comme tel, a seulement passé au-dessous de la cupule du radius qu'elle étrangle.

Le cubitus a subi un mouvement d'inclinaison en dehors, comme s'il eût été attiré par les muscles de l'épicondyle ; de telle sorte que le bord interne de l'apophyse coronoïde, déborde un peu en dedans le bord de la poulie, et que l'avant-bras forme avec l'humérus un angle ouvert en dehors de 135 degrés.

(M. Prestat, *Soc. anat.*, 1837, t. VII, p. 37.)

N° 733. — Articulation du coude gauche; luxation ancienne de l'extrémité supérieure du radius en avant.

L'extrémité inférieure articulaire de l'humérus est notablement déformée, la poulie articulaire se confond presque avec la petite tête humérale. L'avant-bras est dans une demi-flexion, et le radius placé en avant de l'humérus, a déterminé sur cette face plusieurs excavations irrégulières, dont une est située en dedans de la cavité coronoïde qui est effacée. L'apophyse coronoïde est elle-même en grande partie usée, *l'épicondyle est atrophié, et l'épitrochlée hypertrophiée.* Le ligament coronaire n'est point rompu, il est seulement situé au-dessous de la cupule radiale. Le radius dont l'extrémité supérieure est déformée, est en pronation.

N° 732 a. — Modèle en plâtre d'une luxation de la partie supérieure du radius droit en avant.

La cupule du radius sur ce moulage, est immédiatement située en avant de l'apophyse coronoïde.
(Professeur Nélaton, 1862.)

N° 732 b. — Modèle en plâtre d'une luxation en avant de la partie supérieure du radius gauche.

L'avant-bras est en demi-pronation, et la partie supérieure du radius correspond à la partie antérieure du cubitus.
(Professeur Nélaton, 1862.)

N° 732 c. — Luxation chez le même individu de l'extrémité supérieure des deux radius en avant.

Ces pièces proviennent d'un homme de 53 ans qui est mort à Bicêtre de paralysie générale; pendant la vie on n'avait rien remarqué du côté des coudes, ni dans les mouvements de l'avant-bras. Après la mort on a constaté que les mouvements de pronation et de supination étaient faciles, et avaient leur étendue normale. La flexion et l'extension étaient bornées : la première par la rencontre de la tête radiale avec l'humérus, la seconde par la tension du ligament antérieur qui présente un épaississement considérable.

Une incision verticale du ligament antérieur avec écartement des bords, permet de constater que l'extrémité supérieure du radius est irrégulière, déformée et un peu hypertrophiée; la cupule est cependant encore appréciable, surtout sur l'un des radius. Elle est érodée dans différents points : en haut est un point dimité qui répond à la partie la plus élevée de la tête, et qui regarde le bord tranchant du condyle huméral; en arrière on trouve une surface oblique, érodée qui répond à la face antérieure du condyle. Le radius porté en haut et en avant dans les mouvements de flexion, venait en contact de la partie inférieure de la face antérieure de l'humérus. Le condyle huméral présente une surface plane et rugueuse qui est en regard de la partie postérieure de la tête radiale. La petite cavité sygmoïde du cubitus est plus plane que dans l'état normal. La cavité coronoïdienne de l'humérus est effacée, ce qui prouve que le bec coronoïdien ne s'y logeait plus depuis longtemps. L'origine et le début de cette lésion sont ignorés, mais sa duplicité peut faire croire à la congénialité.
(M. Hayem, *Soc. anat.*, 1864, 2e série, t. IX, p. 56.)

N° 722 *d*. — Humérus gauche, avec les deux os de l'avant-bras; luxation probable en avant et en dehors de l'extrémité supérieure du radius.

Cette pièce provient d'une femme de 28 ans, qui était rachitique depuis son enfance ; elle présentait une double incurvation de la colonne vertébrale, avec une coxalgie du côté gauche. Cette femme, dont l'intelligence était très-bornée, prétendait que vers l'âge de trois ans, elle était tombée sur le coude gauche, qui était resté depuis difforme.

Si on examine ces os avec soin on constate que, la tête de l'humerus est aplatie latéralement et atrophiée, l'os est en outre tordu. Le radius qui est en pronation forcée, présente une déformation notable de son extrémité supérieure, qui est aplatie de dedans en dehors, et dépasse en haut la petite tête humérale atrophiée, et en avant de laquelle elle se trouve située ; cette extrémité radiale fait dans ce point une saillie assez considérable en avant. S'agit-il ici d'une luxation congénitale ou traumatique, malgré la narration de la chute qu'a faite la malade, je pencherais volontiers vers la première opinion.

(M. Mauricet.)

N° 723 *e*. — Articulation du coude du côté droit; luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière, soudure complète des deux os de l'avant-bras à la partie supérieure.

Cette pièce a été trouvée par hasard sur une jeune femme fortement constituée, et sur laquelle il n'a point été possible d'obtenir de renseignements. La flexion et l'extension du coude s'exécutaient avec précision, les mouvements du radius étaient complétement abolis, l'avant-bras était en pronation forcée et permanente. Tous les muscles fléchisseurs et extenseurs étaient bien développés, le rond pronateur et le long supinateur, ainsi que le carré pronateur, étaient atrophiés et en partie graisseux.

L'épitrochlée et la trochlée humérale sont parfaitement conformées, mais le petit condyle huméral est profondément modifié, on n'en trouve qu'un vestige à la partie antérieure. En arrière, à la place du condyle se trouve une rainure verticale étroite et peu profonde, qui répond à l'extrémité supérieure du radius atrophié. La petite portion antérieure est recouverte de cartilage. L'épicondyle n'est ni déplacé, ni déformé, l'extrémité supérieure du cubitus est normale.

Le radius a perdu le tiers de son volume dans la partie supérieure, son extrémité supérieure n'est plus représentée que par un tubercule à peine renflé, qui est placé derrière le vestige du

petit condyle huméral, point de trace de la cupule, ni de son rebord. Cette extrémité luxée se termine par une saillie inégale, sur laquelle se perdaient quelques trousseaux ligamenteux. Depuis le sommet de la tête, jusqu'au niveau de la réunion de son tiers supérieur avec le tiers moyen, le radius est soudé avec le cubitus, la fusion très-marquée surtout au niveau de la tubérosité bicipitale, est tellement complète, qu'une rainure marque seule la limite des deux os. L'ankylose a lieu dans la pronation forcée, et le radius croise à angle aigu le tiers supérieur du cubitus.

Cette pièce provient d'une femme âgée de 30 à 40 ans, et cette articulation jouissait des mouvements de flexion et d'extension, de supination et de pronation presque aussi étendus que dans l'état normal.

L'articulation radio-cubitale inférieure n'est point soudée. M. Verneuil pense que cette lésion n'est point congénitale, mais le doute me paraît permis, en l'absence de tous renseignements.

(Professeur Verneuil, *Union médicale*, 1852, p. 421.)

N° 734. — Articulation du coude du côté gauche; luxation incomplète des deux os de l'avant-bras en arrière et en dedans.

Le cubitus est incomplétement luxé en arrière, l'apophyse coronoïde s'aperçoit presque tout entière au-dessous de la poulie humérale. Elle est usée, émoussée et sa surface antérieure est devenue articulaire. La gorge de la poulie et la petite tête de l'humérus sont rugueuses; la cavité olécrânienne est en grande partie comblée par de la graisse et du tissu fibreux. Le cubitus qui est en même temps luxé en dedans, dépasse dans cette direction le rebord interne de la poulie d'environ 6 millimètres, et un petit os sesamoïde s'est développé, pour fournir un nouveau point d'appui à la portion excédante du bord interne de l'olécrane.

Le radius est porté un peu plus en arrière que le cubitus, mais il n'a point abandonné complétement le condyle huméral, à la partie postérieur duquel il s'est creusé une cavité, qui est complétée par un os sesamoïde situé en dehors et en arrière. La portion du condyle située en avant de la tête radiale, a une épaisseur de 11 millimètres et est recouverte par une plaque osseuse mobile. Comme le cubitus, le radius est aussi porté en dedans.

(M. Hermelin, *Soc. anat.*, 1838, t. XIII, p. 268.)

N° 734 *a*. — Articulation du coude du côté gauche; luxation incomplète des deux os de l'avant-bras en arrière.

Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'une fille de 28 ans.

Cette lésion remontait à plus de sept ans. Le bras était fléchi à peu près à angle droit.

L'olécrâne fait, en arrière de l'humérus, une saillie considérable, la distance qui le sépare de l'épitrochlée est de 35 millimètres. Cette apophyse a conservé sa forme; son échancrure sygmoïde est également libre et régulière. L'apophyse coronoïde du cubitus, loin d'avoir perdu de son volume, est hypertrophiée; elle repose dans une rainure profonde creusée sur la partie postérieure de la trochlée, plus près du bord externe que de l'interne. Le sommet de cette apophyse, surmonté par un tubercule osseux, fait saillie dans la partie inférieure de la cavité olécrânienne. La cupule radiale n'a point subi de déformation; elle est également portée en arrière et répond par son bord antérieur à la partie de l'humérus qui est située au-dessus et en dehors du condyle de l'humérus, entre la cavité olécrânienne et l'épycondyle.

L'épitrochlée normale en avant est hypertrophiée en arrière, où elle se confond avec le rebord interne de la trochlée. La partie antérieure de la throchlée est à peu près intacte; elle est seulement un peu rétrécie; la partie postérieure est profondément échancrée pour recevoir le bec coronoïdien.

La petite tête du condyle de l'humérus n'est plus visible en arrière, où elle est remplacée par une excavation qui reçoit le bord antérieur de la tête du radius. En avant le condyle de l'humérus normal, est un peu projeté en haut et en dedans. Ce qui rend cette disposition plus remarquable, c'est que le bord externe de l'humérus et l'épicondyle qui le termine n'ont pas suivi ce mouvement; en sorte que la distance qui sépare ces deux points, laquelle n'est dans l'état normal que de 10 millimètres environ, se trouve ici de près de 30 millimètres. Par suite de cette disposition, la face externe de l'humérus acquiert beaucoup de largeur en bas, et la bifurcation externe de son bord antérieur se dirige transversalement sur le condyle transporté sur la ligne médiane.

La cavité coronoïde a beacoup diminué de capacité, ainsi que la cavité olécrânienne, qui a surtout diminué de haut en bas.

Les os étaient maintenus dans cette position par un trousseau fibreux, qui représentait et remplaçait le ligament latéral interne. Un faisceau externe très-développé se rend au ligament annulaire du radius; une capsule fibro-cartilagineuse, très-épaisse, était développée entre le brachial antérieur et le condyle huméral.

(M. Gely, de Nantes, *Journal de chir.*, t. II, p. 139.)

N° 734 *b*. — Articulation du coude du côté gauche; luxation incomplète du coude en arrière.

Cette pièce, sans renseignements, a été trouvée à l'amphi-

théâtre ; l'on constate que les deux os de l'avant-bras ont passé en arrière de l'humérus. L'olécrâne est saillant en arrière, le bec coronoïdien répond à la partie postérieure de la trochlée qu'il a creusée profondément, mais il ne remontait point dans la cavité olécrânienne qui est déformée. La grande cavité sygmoïde du cubitus a diminué notablement de hauteur par suite de l'ascension du bec coronoïdien, au-dessous duquel s'est creusée une nouvelle cavité sygmoïde, qui correspondait à la partie inférieure de la trochlée, l'avant-bras étant dans une demi-flexion. Une stalactite osseuse énorme, qui s'élève de la partie antérieure du cubitus, embrasse la partie antérieure de la trochlée et du condyle huméral ; le condyle surtout s'y était creusé une cavité articulaire qui l'emboîte de toute part, et devait limiter les mouvements de l'avant-bras.

L'extrémité supérieure du radius, placée en arrière et un peu au-dessous de l'épicondyle auquel il correspond par son bord antérieur, s'est creusé, dans ce point, une rainure profonde, limitée en haut par un tubercule qui en devait fixer l'ascension.

(Professeur Malgaigne, *Traité des fractures et des luxations*, t. II, p. 583.)

N° 984*c*. — Articulation du coude du côté droit ; luxation incomplète des deux os de l'avant-bras en arrière, compliquée de fracture.

Cette pièce est sans renseignements, mais on constate que les deux os de l'avant-bras sont passés en arrière de l'humérus, qui a éprouvé un léger mouvement sur son axe, d'arrière en avant et de dedans en dehors.

L'olécrâne est porté en arrière, et le bec coronoïdien, réduit à l'état de moignon, répond à la partie postérieure de la trochlée, qui est fortement excavée. La grande cavité sygmoïde du cubitus a diminué verticalement de hauteur, par suite de l'ascension de l'apophyse coronoïde au-dessous de laquelle s'est développée une nouvelle cavité, limitée par des stalactites osseuses irrégulières, qui embrassent la partie inférieure de la trochlée déformée, dépourvue de cartilage, et couverte d'aspérités analogues à celles de l'arthrite sèche.

L'extrémité supérieure du radius, qui a suivi dans son mouvement le cubitus, correspond, par le bord antérieur de sa cupule avec la partie postérieure du condyle ; seulement il semble sur cette pièce, que la cupule ait été fracturée verticalement en deux moitiés ; la postérieure a passé derrière le condyle huméral. L'antérieure, déprimée en bas avec des productions nouvelles, a contribué, avec les stalactites de la partie antérieure du cubitus, à

constituer une nouvelle cavité articulaire, qui loge la partie antérieure et inférieure de la trochlée et du condyle.
(M. Houel.)

N° 735. — Articulation du coude du côté droit, luxation latérale externe incomplète des deux os de l'avant-bras.

L'extrémité supérieure du cubitus ne correspond plus à la trochlée ; cet os est placé en dehors. Le bec coronoïdien répond au sillon qui sépare naturellement la poulie du condyle. La poulie n'est point cependant absolument libre. Il s'est développé à la partie interne de l'olécrâne, un os sesamoïde assez considérable, qui offre une surface lisse, articulaire, qui s'accommode à la gorge de la poulie qui est un peu rétrécie. L'épitrochlée est en grande partie atrophiée. L'olécrâne un peu hypertrophié, est en rapport avec une poulie articulaire nouvelle, creusée à la face postérieure du condyle huméral, et terminée en haut par une arête osseuse; aussi l'extension était limitée. Les cavités olécrânienne et sygmoïde sont rudimentaires.

L'épicondyle est notablement hypertrophié. Ainsi l'humérus n'a pas moins de 7 centimètres entre ces deux tubérosités. L'extrémité supérieure du radius, portée en avant, est en contact avec la partie antérieure du condyle huméral, et un os sesamoïde situé en avant de l'épicondyle complète son articulation. La capsule n'est point sensiblement déformée ; seulement à sa partie supérieure, au lieu d'offrir une dépression uniforme, elle présente à son centre une saillie osseuse arrondie.
(M. Poumet.)

N° 735 *a*. — Portion inférieure de l'humérus droit, avec les deux os de l'avant-bras; luxation latérale interne incomplète du coude.

Cette pièce provient d'un homme de 36 ans. La luxation date de dix-huit mois, et s'est produite par l'explosion d'une mine. L'avant-bras du malade avait été brûlé et violemment contusionné, ce qui a nécessité l'amputation du bras.

L'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras et en demi-pronation, il ne pouvait exécuter que des mouvements très-bornés. Le cubitus déplacé en dedans et un peu en arrière a abandonné la trochlée humérale, l'olécrâne embrasse l'épitrochlée dans sa grande cavité sygmoïde, et le déborde même un peu en dedans. L'apophyse coronoïde répond à une gouttière de nouvelle formation, creusée en partie sur l'épitrochlée et le bord interne de la trochlée; les cavités coronoïde et olécrânienne sont vides. Le radius porté également en dedans et en arrière, appuie par la

partie antérieure et interne de sa tête, sur la moitié articulaire externe de la trochlée, et le bord interne saillant de la trochlée pénètre comme un coin entre le cubitus et le radius.

(M. Jolivet, *Soc. anat.*, 2e série, t. X, p. 184.)

N° 735 *b*. — Articulation du coude du côté gauche; luxation latérale interne incomplète des deux os de l'avant-bras très-ancienne.

L'extremité inférieure de l'humérus est profondément déformée, la trochlée humérale n'existe plus, elle est représentée par une échancrure profonde en forme de fourche, dont la branche interne est plus courte, plus petite, arrondie. La branche externe, double de volume de l'interne, est constituée par une partie de la trochlée et le petit condyle de l'humérus qui est atrophié. Les cavités coronoïde et olécrânienne sont à l'état de vestiges ainsi que l'épicondylée et l'épitrochlée.

L'extrémité supérieure du cubitus très-déformée est portée en haut et en dedans, et présente à la place de sa grande cavité sygmoïde, une large et profonde excavation qui reçoit la petite extrémité de la branche interne de la fourche signalée plus haut, et qu'elle déborde en haut et en dedans. Le sommet de l'olécrâne remonté, entoure l'épitrochlée rudimentaire qu'il dépasse en haut.

Le radius dont l'extrémité supérieure est très-déformée, est luxé en bas sur le cubitus, et le bord de sa cupule qui n'a plus aucun rapport avec l'humérus, s'articule par une facette lisse, avec le bord externe de la base de l'apophyse olécrânienne.

(Professeur Broca.)

N° 735 *c*. — Modèle en plâtre de la pièce précédente avant dissection.

(Professeur Broca.)

N° 735 *d*. — Modèle en plâtre d'une luxation latérale externe du coude complète, sus-condylienne, datant de six ans, non réduite.

L'avant-bras sur ce moule est dans l'extension, et en pronation légère, la face antérieure regarde en dedans. Sur ce moulage on constate qu'en dedans, l'extrémité inférieure de l'humérus soulève la peau, et forme une saillie très-apparente. En dehors, l'olécrâne et le radius forment au-dessus de l'épicondyle une saillie très-considérable. Les os de l'avant sont situés à peu près parallèllement en dehors de l'humérus.

(M. Denucé, thèse 1854, p. 131.)

N° 725 *e*. — Modèle en plâtre de la variété de luxation précédente latérale externe complète, l'avant-bras étant dans une demi-flexion.

Le coude fléchi examiné par sa face antérieure, présente un très-grand raccourcissement de la partie visible du bras et de l'avant-bras. Au point de rencontre les parties molles semblent refoulées, et soulèvent la peau sous forme d'un pli qui descend en dedans vers l'extrémité inférieure de l'humérus, et en dehors de l'olécrâne.

En dedans le bras et l'avant-bras se rencontrent à peu près à angle droit, mais en se dépassant mutuellement ; c'est-à-dire que l'extrémité inférieure de l'humérus dépasse en bas l'avant-bras de 5 centimètres environ, et que l'olécrâne situé en dehors dépasse en arrière l'extrémité inférieure de l'humérus de 2 centimètres. Cette extrémité de l'humérus qui fait une forte saillie en dedans, est tournée un peu obliquement, de sorte que sa face antérieure devient un peu interne; elle soulève et tend fortement la peau, l'on reconnaît facilement l'épitrochlée, la trochlée, le condyle et l'épicondyle ; le biceps et le brachial antérieur font une forte saillie en dedans.

Vu par son côté externe on constate sur ce moule que l'olécrâne et le cubitus qui sont sur le premier plan, dépassent en arrière l'humérus, qui lui même déborde en bas. Le cubitus ne paraît pas embrasser complétement le bord externe de l'humérus, mais reposer par l'extrémité de son apophyse coronoïde, contre la partie la plus élevée de la face antérieure de ce bord, contre laquelle la retient aussi la partie supérieure du radius, qui est situé au-dessus, et peut-être même un peu en dedans du cubitus. Cette détermination précise de la position du cubitus et du radius avec l'humérus, est difficile à établir ; mais il faut considérer que l'olécrâne ne fait, en arrière de l'humérus, qu'une saillie de deux centimètres, et que la flexion rencontre un obstacle insurmontable au delà d'un angle de 100 degrés.

(M. Denucé, thèse de 1854, p. 131.)

N° 726. — Modèle en plâtre d'une luxation des deux os de l'avant-bras en arrière.

(Professeur J. Cloquet.)

N° 726 *a*. — Articulation du coude du côté droit; luxation récente et complète des deux os de l'avant-bras en arrière.

Le cubitus et le radius sont passés en arrière de l'humérus

dont la poulie faisait saillie dans le pli du bras; l'apophyse coronoïde est logée dans la cavité glénoïde. Pendant la production de la luxation, il s'est fait une rupture de l'artère brachiale au-dessus de la division, les veines qui accompagnent l'artère étaient également rompues. Le nerf médian est conservé, et il glisse dans la gorge de la trochlée. Il s'est produit une gangrène de l'avant-bras et de la main qui a nécessité une amputation du bras.

(Professeur Jobert de Lamballe.)

N° 736 *b*. — Articulation du coude du côté gauche; luxation complète des deux os de l'avant-bras en arrière et en dehors.

Cette pièce provient d'un individu de 54 ans. Dans l'extension complète l'avant-bras formait avec le bras un angle de 110 degrés; dans la flexion extrême l'angle était réduit à 80 degrés. Les mouvements de pronation et de supination s'exécutaient avec assez de facilité.

Les deux os de l'avant-bras sont passés en arrière de l'humérus. L'apophyse coronoïde du cubitus dans l'extension est logée dans la cavité olécrânienne, et le sommet de l'olécrâne est à 7 centimètres au-dessus de la portion inférieure de la poulie humérale. La cupule du radius est en arrière et au dessus de l'épicondyle; elle est un peu mobile dans le sens transversal, par suite du relâchement de ses attaches avec le cubitus.

Des *ligaments latéraux* très-solides, formés de faisceaux fibreux résistants, unissent le cubitus à l'humérus; dans l'interne, se trouve derrière l'épitrochlée, un noyau osseux du volume d'une noisette. Une capsule fibreuse, très-épaisse et très-dense, enveloppe de toutes parts la tête et le col du radius. De la partie interne de la tête du radius part un ligament très-épais qui l'unit à l'épi-condyle, dont la tête radiale peut s'écarter d'un centimètre. La face interne de cette capsule est unie à une petite dépression centrale de la face supérieure de la tête radiale, par un petit *ligament rond* de 4 millimètres de longueur. Dans sa portion antérieure, s'est développée, au niveau du col, une plaque osseuse irrégulière.

La trochlée humérale est déformée, la gorge est élargie et plus profonde que d'habitude; son rebord interne très-saillant en avant, est rugueux, creusé de petits orifices vasculaires et dépourvu de revêtement cartilagineux à sa partie supérieure. La petite tête humérale est déformée et augmentée de volume en avant.

L'apophyse coronoïde du cubitus s'est moulée, en quelque sorte, sur la partie postérieure de la gorge de la poulie humérale. La cavité sygmoïde, qui est au-dessous, en grande partie effacée, est remplie par du tissu libro-graisseux. Il s'est formé en avant sur

le cubitus, au-dessus de la poulie humérale, une nouvelle apophyse coronoïde mesurant 17 millimètres dans le sens antéro-postérieur et qui s'oppose à la moindre ascension du cubitus sur l'humérus. Le bord interne de cette apophyse, déjeté en dedans, se prolonge sur la face interne de la trochlée, qu'il contribue à emboîter.

La tête du radius, un peu augmentée de volume, est devenue globuleuse, par suite de la disparition de la cupule supérieure ; celle-ci est remplacée par une surface convexe, offrant à son centre une petite dépression où s'insère le petit ligament rond dont il a été question.

(M. Marc Sée, *Soc. de chir.*, 1872, 3me série, tome Ier, p. 251.)

N° 737 c. — Articulation du coude du côté gauche; luxation des deux os isolément, du cubitus en arrière et du radius en avant, avec fracture de l'apophyse coronoïde.

Cette pièce provient d'un jeune garçon de 13 ans qui était tombé d'un troisième étage ; il existait également une luxation sus-cotyloïdienne du fémur droit, qui est déposée dans le Musée sous le n° 754 *d*. L'apophyse coronoïde du cubitus est fracturée à sa base, et le cubitus porté en arrière a légèrement chevauché en haut sans grand déplacement angulaire. Le ligament latéral interne a été arraché à ses deux insertions. Le ligament antérieur est rompu au niveau du cubitus. Le ligament annulaire s'étant détaché du cubitus en arrière, il en résulte que le radius a été chassé en dehors et en avant par l'humérus, agissant comme un coin entre les deux os, et qu'il repond par sa partie interne et postérieure, à la petite tête humérale. Le ligament latéral externe est resté adhérent en haut à la masse musculaire, en bas et en dedans, par l'intermédiaire du ligament annulaire à l'apophyse coronoïde, à une partie du ligament antérieur, et au muscle brachial. Ainsi se trouve constitué un bourrelet fibreux, augmenté de débris musculaires, qui se trouve interposé entre le radius qui est en avant et en dehors, le cubitus en arrière et l'humérus en haut. Ce bourrelet constituait le plus grand obstacle à la réduction du radius.

(M. Panas, *Soc. anat.*, 1872, 2me série, t. XVII, p. 176.)

ORDRE 3.

Luxations du poignet

Seize pièces, du n° 737 au 737 *o*, se rapportent à des luxations du poignet. Si l'on en jugeait par ce chiffre relative-

ment considérable, on pourrait supposer ces luxations plus fréquentes qu'elles ne le sont peut-être réellement. Dix de ces pièces sont des moules en plâtre représentant ces luxations, six seulement sont des pièces naturelles. Les moulages laissent naturellement une grande indécision au point de vue de la précision du diagnostic. Quelques-uns de ces moules ont été présentés à des sociétés savantes, n^os 737 *a* à 737 *e*, et à cette occasion des discussions soulevées ont été loin de porter la conviction dans tous les esprits. Quatorze de ces pièces se rapportent à des luxations des os du carpe en avant, n^os 737, 737 *a*, 737 *b*, 737 *c*, 737 *d*, 737 *e*, 737 *f*, 737 *g*, 737 *h*, 737 *i*, 737 *j*, 737 *k*, 737 *n*, 737 *o*; pour les deux pièces n^os 737 *j* et 737 *k*, la luxation est en avant et en dehors. Deux pièces, n^os 737 *l* et 737 *m*, sont des exemples probables de luxation des os du carpe en arrière Les six pièces naturelles sont, n^os 737, 737 *b*, 737 *c*, 737 *g*, 737 *n*, 737 *o*, les autres sont des moulages. Quatre des pièces naturelles, n^os 737, 737 *g*, 737 *n*, 737 *o*, sont très-probablement des luxations congénitales. La pièce n° 737 *g* a été considérée comme devant être congénitable par M. Malgaigne, et dessinée dans son atlas sur les luxations et les fractures.

N° 737. — Luxation probablement congénitale des os du carpe du côté gauche en avant.

Cette pièce est sans renseignements, mais elle est très-intéressante au point de vue de la congénialité probable, et des altérations osseuses qui ne sont point seulement bornées aux articulations du poignet, mais s'étendent à l'articulation du coude. Tous les os de ce membre qui paraît appartenir à un adulte sont notablement atrophiés, mais principalement ceux de l'avant-bras, le cubitus mesure, y compris l'olécrâne, 22 centimètres de haut et le radius 18. A l'inverse de la pièce décrite par M. le professeur Cruveilhier, le radius comme dans l'état normal dépasse en bas le cubitus; la main est dans une flexion forcée sur l'avant-bras, elle forme avec ce dernier un angle droit, et il est facile de voir à la configuration des surfaces articulaires, qu'elle ne pouvait être ramenée à l'état normal; elle est en outre inclinée sur le bord cubital, et le radius est dans une pronation forcée sur le cubitus. La facette articulaire carpienne du radius est déformée, et oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

Le carpe, comme l'a très-bien noté M. Cruveilhier, dans son

observation, présente une grande déformation; surtout dans la première rangée, le scaphoïde, le semi-lunaire sont à l'état de vestige, le pyramidal est moins atrophié et le pisiforme est normal. Les os de la seconde rangée sur cette pièce participent peu à la déformation; le reste de la main, à son peu de développement près, ne présente rien de particulier.

L'articulation du coude est elle-même le siége d'une grande déformation, la trochlée est remplacée par une large dépression au milieu de laquelle s'enfonce l'extrémité supérieure du cubitus. Cette échancrure, comme dans certains cas d'arthrite sèche, a pour limite en dedans l'épitrochlée, en dehors l'épicondyle; aussi le radius paraît-il a demi luxé dans ce dernier sens. L'avant-bras se trouve à demi fléchi sur le bras, et il est probable que l'extension devait être très-limitée.

N° 737 *a*.—Modèle en plâtre d'un avant-bras et d'une portion de la main droite; luxation des os du carpe en avant.

Cette pièce provient d'une femme de 22 ans, que M. Scoutetten considère comme ayant été atteinte d'une luxation des os du carpe en avant.

La pièce n'étant pas suffisamment probante, je renvoie pour les détails à l'observation et à la discussion académique qui a suivi la lecture du mémoire.

(M. Scoutetten, *Bul. de l'Acad. de Méd.*, t. VI, p. 796.)

N° 737 *b*. Os de l'avant-bras droit, avec les os du carpe et du métacarpe; luxation des os du carpe en avant.

Sur cette pièce on constate que le radius et le cubitus sont passés en arrière des os de la première rangée du carpe, qui sont saillants en avant; le scaphoïde et le semi-lunaire répondent, par leur partie postérieure, au bord antérieur du radius, qui paraît avoir subi un certain degré d'attrition.

Vus par leur face postérieure, les deux os de l'avant-bras paraissent être descendus jusqu'au niveau de la partie supérieure de la seconde rangée du carpe. Les os de l'avant-bras ont conservé leurs rapports normaux; le radius est seulement en demi-pronation et son apophyse styloïde répond presque, par son sommet, à la partie supérieure et postérieure du second métacarpien, tandis que celle du cubitus paraît avoir entraîné en arrière le pisiforme.

(Professeur Malgaigne.)

N° 737 *c*. — Portion inférieure des os de l'avant-bras, avec les os de la main; luxation des os du carpe en avant.

Cette pièce, qui est dessinée dans l'atlas de M. Malgaigne, est sans renseignements. Les deux os ont conservé en bas leurs rapports normaux, le radius présente des traces évidentes de fracture. Un trait de scie portant sur son extrémité inférieure laisse paraître le scaphoïde et le semi-lunaire, luxés en avant. L'apophyse styloïde du radius, reportée en arrière, correspond à la partie supérieure du deuxième métacarpien, et celle du cubitus à la partie postérieure du cinquième. Le poignet est dans une extension forcée, et maintenu dans cette position par des brides fibreuses assez fortes, étendues du radius, à la face dorsale des métacarpiens. M. Malgaigne se demande si ce déplacement n'est point consécutif à ces brides. La fracture du radius, qui accuse l'existence d'un traumatique violent, me ferait croire qu'il s'agit plutôt ici d'une lésion primitive traumatique.

(Professeur Broca, *Traité des luxations de Malgaigne*, t. II, p. 714.)

N° 737 *d*. — Modèle en plâtre d'une main droite représentant une luxation des os du carpe en avant.

(M. Bastien, 1862.)

N° 737 *e*. — Moule en plâtre de la partie inférieure de l'avant-bras droit et de la main, représentant une luxation du carpe en avant.

[illegible] été moulée sur un homme de 49 ans qui aurait [illegible] 16 ans, atteint d'une luxation du poignet à la suite [illegible]r la paume de la main.

[illegible]ain et le carpe se sont transportés sur le même plan [illegible]r changé de rapports, en haut et en avant du rebord [illegible]de l'extrémité articulaire du radius et du cubitus.

[illegible]ant, le talon de la main fait une saillie, au-dessus de la[illegible] on aperçoit un creux très-prononcé. Cet enfoncement est [illegible]né par le [illegible] arrière de la partie articulaire des deux os [illegible] l'avant-b[illegible] sentait très-distinctement ; vers la partie médiane [illegible] levée par les tendons des deux muscles [illegible] interne on sentait et on voit parfaitement [illegible] térieur.

[illegible]pe s'est déplacé pour se porter en avant, et

au-dessus de lui on rencontre l'extrémité articulaire des deux os de l'avant-bras, qui ont conservé leurs rapports ordinaires. Toutefois, la tête du cubitus se prolonge plus bas qu'elle n'a coutume de le faire, et comme elle est hypertrophiée, elle forme une saillie plus grande que la tête du radius. Ces deux extrémités radiale et cubitale présentent en arrière leurs caractères normaux, qui se lisent à travers la peau presque aussi nettement que si les os étaient à nu. On y voit, en effet, les crêtes saillantes et le relief que forment les tendons en passant dans leur intervalle. On sent et on voit également, la courbure que les tendons éprouvent au moment où ils quittent leurs gouttières pour se jeter sur le carpe. En outre, on sent en arrière, si l'on presse un peu fortement, la surface articulaire du radius et du cubitus.

Enfin, on constate une légère abduction de la main qui est reportée en masse du côté radial, mais sans cesser d'être parallèle à la ligne de l'avant-bras. On constate aussi que la main droite est plus petite que du côté sain.

Le radius du côté affecté est plus court que son congénère de 2 centimètres, et le cubitus a la même longueur que celui du bras sain, grâce à l'hypertrophie de son extrémité inférieure ; il est par conséquent plus long que le radius avec lequel il est uni. La longueur totale de l'avant-bras et de la main du côté malade, est plus petite que celle du côté sain de près de 8 centimètres.

Ce moule a été présenté à la Société de chirurgie, qui a été partagée sur l'existence de la luxation.

(M. Huguier, *Soc. de chir.*, 1858, t. IX, p. 139.)

N° 737 *f*. — Moule en plâtre de l'avant-bras gauche, avec la main, représentant une luxation des os du carpe en avant.

Sur cette pièce le déplacement paraît considérable, surtout pour le cubitus, qui paraît également luxé en arrière sur le radius ; il fait dans cette direction une saillie très-considérable. La main est dans une demi-flexion et les doigts légèrement dans l'extension, les trois derniers principalement. Les muscles interosseux paraissent atrophiés ; au lieu d'un relief, il existe un léger creux, ce qui fait supposer plutôt l'existence d'une rétraction que d'une véritable luxation.

(Professeur Broca.)

N° 737 *g*. — Os de l'avant-bras gauche, avec le squelette de la main ; luxation des os du carpe en avant.

M. Malgaigne considère cette luxation comme consécutive, probablement à la rétraction musculaire.

Il n'existe malheureusement aucuns renseignements sur cette pièce.

Quoique l'individu fût adolescent, l'humérus était atrophié et l'on peut voir que les os de l'avant-bras sont peu développés. Le cubitus n'a que 20 centimètres en droite ligne, du sommet de l'olécrâne à l'apophyse styloïde ; le radius a 18 centimètres et demi, et le contour de sa diaphyse, auprès du poignet, n'atteint pas 3 centimètres.

L'avant-bras est dans la pronation, le carpe et le métacarpe fléchis à angle droit; les doigts sont dans l'extension. Il n'existe pas de trace de fractures. La facette articulaire inférieure du radius manque, on la dirait refoulée comme une cire molle sur l'extrémité inférieure de la face antérieure. Le cubitus a également diminué d'épaisseur. Les os de la première rangée du carpe, surtout le scaphoïde et le semi-lunaire, sont atrophiés; les os de la deuxième rangée du carpe sont soudés avec ceux de la première. Cette lésion est probablement congénitale.

(Professeur Malgaigne, Atlas sur les luxations, pl. 25, fig. 5, 6 et 7; explication, p. 24.)

N° 737 *h*. — Moule en plâtre de la pièce précédente n° 737 *g*, avant dissection.

(Professeur Malgaigne, 1862.)

N° 737 *i*. — Modèle en plâtre d'une luxation des os du carpe du côté gauche en avant.

(M. Bastien, 1862.)

N° 737 *j*. — Modèle en plâtre d'une luxation des os du carpe du côté droit en avant et en dehors.

Cette luxation est très-probablement accompagnée de fracture du radius, dont l'extrémité inférieure semble être diminuée de longueur, si l'on en juge par l'examen du bord radial.

(M. Bastien, 1862.)

N° 737 *k*. — Modèle en plâtre d'une luxation des os du carpe du côté gauche en avant et en dehors.

Il a existé très-probablement une fracture de l'extrémité inférieure du radius; c'est au moins ce que peut faire admettre la déformation.

(M. Bastien, 1862.)

N° 737 *l*. — Modèle en plâtre d'une luxation probable des os du carpe du côté gauche en arrière.

Cette pièce est sans renseignements.
(M. Bastien, 1862.)

N° 737 *m*. — Modèle en plâtre d'une luxation probable du carpe du côté gauche en arrière.

Cette pièce est sans renseignements.
(M. Bastien, 1862.)

N° 737 *n*. — Avant-bras et main droite ; luxation congénitale complète du cubitus et incomplète du radius sur les os du carpe en arrière.

Cette pièce provient d'une femme de 73 ans qui présentait une double luxation des os de l'avant-bras sur les os du carpe; l'avant-bras gauche porte le n° 737 *o*. Cette femme affirmait n'avoir jamais éprouvé de traumatisme sur les membres supérieurs, et de plus, qu'elle portait sa déformation du poignet depuis sa plus tendre enfance.

On constate sur cette pièce que le diamètre antéro-postérieur du poignet est notablement augmenté, tandis que le transversal a conservé ses dimensions ordinaires La tête du cubitus fait une saillie anormale à la face dorsale, les mouvements de pronation et de supination étaient normaux. La main peut être fléchie à angle droit sur l'avant-bras.

La tête du cubitus volumineuse, simulant une exostose, est encore en rapport avec la petite cavité sigmoïde du radius, mais elle est fortement repoussée en arrière ; la capsule radio-cubitale postérieure est distendue surtout en arrière. Le pyramidal, au lieu de s'articuler avec le cubitus au moyen du ligament triangulaire, est remonté en avant de cet os, et n'est plus en rapport avec lui que par sa face postérieure.

L'extrémité inférieure du radius est déformée ; au lieu de regarder directement en bas, elle est incurvée en avant et s'articule avec la partie postérieure du scaphoïde et du semi-lunaire. Toute la première rangée du carpe fait donc saillie à la face antérieure de l'avant-bras. Les ligaments allongés, mais non détruits, paraissent avoir augmenté d'épaisseur.

Les tendons des muscles fléchisseurs, forment une corde à la partie antérieure du poignet, mais ils ne présentent ni déviation, ni insertion anormale.

A la face dorsale existe une dépression au niveau du carpe, au-dessus de laquelle existe une saillie formée par l'extrémité inférieure du cubitus, et le bord postérieur de la cavité articulaire du radius.

(M. Jean, *Soc. anat.*, 1875, 3e série, t. X, p. 398.)

N° 737 *o*. — Avant-bras et main gauche ; luxation congénitale complète du cubitus et incomplète du radius sur les os du carpe en arrière.

Cette pièce provient du même individu que la précédente. Le poignet gauche présente une déformation analogue à la pièce n° 737 *n*, ce qui établit la congénialité de la lésion, mais elle est beaucoup moins accusée. La saillie de la tête du cubitus est moins forte, le radius moins incurvé, et les os du carpe ont des rapports plus intimes avec ceux de l'avant-bras.

Grâce à l'incurvation de la cavité articulaire du radius, le scaphoïde et le semi-lunaire ont conservé avec cet os une partie de leurs rapports. Il existe sur cette pièce une luxation complète du cubitus et incomplète du radius sur les os du carpe.

(M. Jean, *Soc. anat.*, 1875, 3e série, t. X, p. 398.)

ORDRE 4.

Luxations de la main, carpe et phalanges.

Onze pièces seulement se rapportent à cet ordre, du n° 737 *p* au n° 738 *y*, presque toutes ces pièces présentent un grand intérêt. La pièce n° 737 *n* est un exemple de la luxation des quatre premiers métacarpiens en arrière sur le carpe. La pièce n° 737 *q* est un exemple rare de luxation médio-carpienne en avant; celle du n° 737 *r* est un modèle en plâtre d'une luxation du grand os en arrière.

Les pièces n°s 738, 738 *e*, 738 *f* et 738 *g* sont des exemples de luxation de la première phalange du pouce en avant, et les pièces n°s 738 *b* et 738 *c*, de luxation en arrière. La pièce n° 738 *a* est une luxation de la deuxième phalange du pouce sur la première. Enfin la pièce n° 738 est relative àun doigt, dont la première phalange est luxée en avant sur le métacarpien.

N° 737 *p*. — Squelette de la main gauche, avec la partie inférieure des deux os de l'avant-bras; luxation en arrière du métacarpe sur le carpe, avec fractures multiples.

Cette pièce intéressante est sans renseignements. On constate l'existence d'une altération profonde des os de la seconde rangée du carpe, qui sont déformés par suite de fractures diverses. Ils sont ankylosées entre eux, et ils paraissent avoir été luxés en arrière sur les os de la première rangée ; à ce niveau existe en arrière une rainure profonde, dans laquelle paraît devoir glisser les os de la première rangée du carpe. Le doigt indicateur manque, le troisième et le quatrième métacarpien ont été fracturés comminutivement et sont soudés ensemble; tous les métacarpiens, à l'exception de celui du pouce, sont portés en arrière, luxés sur les os du carpe, avec lesquelles ils sont soudés. La main a été probablement le siége d'un broiement considérable.

N° 737 *q*. — Moule en plâtre d'une partie de l'avant-bras droit, avec la main; luxation médio-carpienne en avant.

Ce moule a été pris sur un jeune homme de 20 ans, qui, en jouant à la balançoire tomba la tête la première, sans se rendre bien compte de la manière dont la chute s'est faite.

Le jeune homme a été présenté à la Société de chirurgie, qui a constaté la nature du déplacement. Sur ce plâtre on constate la déformation suivante, l'extrémité inférieure de l'avant-bras a son aspect et son volume normal, il n'existait point également de gonflement ni de rougeur. Mais en examinant le poignet du côté de sa face dorsale, on remarque à un travers de doigt de la saillie répondant à la mortaise radio-cubitale, une dépression profonde et, à partir de cette dépression, le poignet et la main reprennent leurs aspect normal. Du côté de la face palmaire on constatait une saillie du tendon du grand palmaire, et une saillie des éminences thénar et hypothénar. L'axe de la main était dévié en dehors.

Le déformation du poignet dans son ensemble est une déformation en dos de fourchette, en sens opposé de la déformation de la fracture du radius. Tous les mouvements du poignet étaient conservés, un seul était douloureux, c'était la flexion forcée.

(M. Desprès, *Soc. de chir.*, 1875, p. 112.)

N° 737 *r*. — Moule en plâtre d'une main droite ; luxation du grand os en arrière.

Sur cette pièce on observe à la face postérieure des os du carpe, une saillie oblongue, qui est évidemment produite par la saillie du grand os qui s'est porté en arrière. C'est du moins le diagnostic qui a été fait par M. Broca, sur la main naturelle.

(Professeur Broca, 1875.)

N° 738.— Modèle en cire de la main droite, représentant une luxation de la première phalange du pouce en avant sur le premier métacarpien.

A côté est représentée la main gauche qui est normale.

(Professeur Gerdy.)

N° 738 *a*. — Modèle en plâtre d'une luxation ancienne de la deuxième phalange du pouce droit sur la première.

Cette pièce provient d'un homme d'environ 60 ans, qui, à l'âge de 40 ans, en hissant une charpente, aurait eu le pouce droit saisi entre le nœud d'une corde qui glissait elle-même entre deux planches, trop rapprochées pour que la main pût s'engager entre elles. Le pouce attiré en bas par le nœud et retenu par le bord des planches, fut violemment fléchi en arrière dans son articulation médio-phalangienne. La phalange unguéale fut luxée en arrière, de telle sorte qu'elle faisait un angle aigu avec la première phalange. Le malade se mit entre les mains d'un rebouteur, qui fit de vaines tentatives de réduction et appliqua un appareil. Au bout de quarante jours, l'appareil fut enlevé ; la difformité était alors exactement la même qu'aujourd'hui.

Lorsque la main est dans la situation verticale, la seconde phalange du pouce est à peu près horizontale, de telle sorte que sa face unguéale est dirigée en haut et sa face palmaire en bas. La facette articulaire est en rapport avec la face dorsale de la phalange supérieure. L'extrémité inférieure de cette dernière phalange forme sous les téguments, du côté de la région palmaire, une saillie arrondie et recouverte d'une couche épaisse d'épiderme. L'articulation accidentelle qui a été la conséquence de cette luxation, présente une certaine mobilité, mais il n'est pas possible de redresser la phalange luxée au delà de l'angle droit. Cette difformité gêne beaucoup le malade, qui a plusieurs fois réclamé l'amputation ; mais M. Broca a pensé qu'il était préférable de laisser les choses dans l'état où elles sont.

(Professeur Broca, *Soc. de Chir.*, t. VIII, p. 80.)

N° 738 *b*. — Modèle en plâtre d'une luxation de la première phalange du pouce droit en arrière, sur le premier métacarpien.

(Professeur Malgaigne, 1859.)

N° 738 *c*. — Modèle en cire d'une luxation de la première phalange du pouce droit en avant.

La saillie de la tête du métacarpien dans la paume de la main est considérable.

N° 738 *d*. — Doigt, avec son métacarpien correspondant; luxation de la première phalange en avant.

La première phalange portée en avant, dépasse dans cette direction le métacarpien et soulève assez fortement les tendons fléchisseurs. La tête du métacarpien portée en arrière, fait sur la phalange dans cette direction, une assez forte saillie à travers la peau qui a été déchirée. Sa tête est donc à nu.

(Professeur Verneuil, 1857.)

N° 738 *e*. — Les trois métacarpiens externes gauches, avec le pouce; luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant.

La lésion est ancienne, le pouce est rectiligne avec une légère rotation en dehors, qui résulte de la position des tendons extenseurs. La phalange a glissé sous le métacarpe dans une étendue de 8 millimètres environ. La néarthrose est formée de deux surfaces planes, situées directement sur la face dorsale de la phalange du métacarpien; il existe donc une augmentation du diamètre antéro-postérieur de cette articulation.

La nouvelle surface articulaire du dos de la base de la phalange, a nécessité une nouvelle production osseuse encroûtée de fibro-cartilages, et il existe dans une rainure longitudinale un ligament interosseux, assez long, qui va d'autre part se fixer sur un point de la tête du métacarpien. Ce ligament, ou plutôt ses insertions, partagent les surfaces articulaires en deux portions inégales, l'externe étant beaucoup plus large que l'interne.

Les tendons des muscles extenseurs du pouce se sont portés en dehors sur le tubercule dorsal externe, où ils étaient maintenus par une toile fibro-celluleuse.

(M. Farabœuf, thèse de M. Foucaut, 1876, p. 17.)

N° 738 *f*. — Quatrième et cinquième métacarpien gauche, avec le pouce correspondant; luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant.

Cette pièce a été recueillie sur une femme de 41 ans qui a été écrasée, et qui a succombé dix-huit mois après. Les tendons des muscles long et court extenseur du pouce, sont reportés en dehors de la tête du métacarpien, et recouvrent le tubercule externe de cet os.

La capsule articulaire, et les ligaments sont largement déchirés en arrière et sur les côtés; ces liens fibreux ont cédé près de leurs attaches métacarpiennes. Les éléments fibreux métacarpo-sesamoïdiens internes ont résisté. Le ligament latéral externe est donc en grande partie rompu, tandis que l'interne n'a été qu'incomplétement déchiré.

Le pouce est presque rectiligne, et tourné un peu en dehors. La faiblesse du raccourcissement, tient à ce que la capsule articulaire du côté dorsal n'est point absolument détruite, de sorte que la tête du métacarpien, pour chevaucher sur la phalange, devrait s'insinuer sous cette capsule ou la refouler. Il s'agit donc ici d'une luxation peu prononcée, un premier degré de la luxation du pouce en avant.

(M. Farabœuf, thèse de M. Foucaut, 1876, p. 21.)

N° 738 *g*.— Moule en plâtre d'une portion de la main gauche; luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant.

Cette pièce représente le type le plus complet des déformations que l'on observe dans la luxation du pouce en avant; pouce rectiligne avec rotation légère en dehors; saillie de la tête du métacarpien à la face dorsale, avec enfoncement au-dessous.

(M. Farabœuf, 1876.)

Article 4.

LUXATIONS DES MEMBRES INFÉRIEURS

Je diviserai cet article en plusieurs ordres, à savoir : 1° luxations de l'articulation coxo-fémorale; 2° luxations du genou; 3° luxations du pied; 4° luxations du bassin.

ORDRE PREMIER

Luxations coxo-fémorales

Le nombre des pièces relatives aux luxations coxo-fémorales est de quarante-neuf, du n° 739 au n° 758 inclusivement. Ces pièces se divisent tout naturellement en deux groupes, à savoir : les luxations congénitales et les luxations traumatiques; mais il arrive une certaine période de la luxation congénitale, où le diagnostic anatomo-pathologique, d'avec celles qui sont traumatiques, devient à peu près impossible.

On regarde généralement comme un des caractères de la congénialité, la duplicité, sans nier la possibilité absolue qu'un individu puisse se luxer à la fois les deux fémurs. Il en existe des exemples incontestables, mais le fait est rare. Le Musée renferme treize pièces où cette duplicité est établie, n^os^ 739, 739 *c*, 740, 742, 743, 745, 745 *a*, 745 *b*, 746, 746 *a*, 747, 748 *b*, 749 *a*.

Un second caractère de la luxation congénitale, peut-être le plus important, c'est que la capsule articulaire unique, soit intacte, et ait subi un allongement assez considérable pour permettre le déplacement; le ligament rond s'allonge aussi dans ces cas notablement. Sept pièces du Musée, n^os^ 739 *a*, 739 *b*, 739 *c*, 741 *a*, 748, 748 *b* et 751 *a* présentent cette disposition. Lorsqu'on rencontre ces deux caractères, surtout le dernier, la congénialité de la lésion peut être établie avec assez de certitude.

Les pièces qui ont été données par leurs auteurs comme des exemples de luxations congénitales, sont au nombre de vingt, n^os^ 739, 739 *a*, 739 *b*, 739 *c*, 740, 740 *a*, 741, 741 *a*, 742, 743, 744, 745, 745 *a*, 745 *b*, 746, 746 *a*, 747, 748 *a*, 748 *b*, 751 *a*. Si, pour quelques-unes de ces pièces caractérisées par l'allongement de la capsule, la luxation congénitale ou de la première enfance est probable, pour un certain nombre des pièces que je viens de citer, le doute est bien permis; mais j'ai cru devoir néanmoins les signaler avec les caractères qui leur ont été assignés par les donataires.

Les pièces du Musée se rapportent à cinq variétés de déplacement, trois en arrière, deux en avant. Parmi les luxations en arrière, sur celles nos 739 *b*, 740 *a*, 741, 741 *a*, 742, 744, 745 *a*, 745 *b*, 748; le déplacement s'est fait en haut et en dehors, avec une légère dépression à la face externe de l'épine iliaque antéro-inférieure. C'est cette variété qui s'observe le plus souvent à une certaine période des luxations congénitales ou de l'enfance.

Sur les pièces nos 739, 746 *a*, 748 *a*, 749, 749 *c*, 750, 750 *a*, 751, 751 *a*, 752, 752 *a*, 752 *b*, 753, 753 *c*, 753 *d*, 758, le déplacement s'est opéré en haut et en arrière dans la fosse iliaque externe. Sur les pièces nos 753 *a*, 753 *e*, 753 *f*, 755, 755 *a* et 756, la tête du fémur placée plus directement en bas, est dans l'échancrure ischiatique ou au niveau de la tubérosité.

Sept pièces sont des exemples de luxations en avant; quatre se rapportent à la luxation en haut et en avant, nos 754, 754 *a*, 754 *b*, 754 *c*. Mais sur ces pièces la tête fémorale n'occupe point la place qui lui est assignée dans les livres classiques; elle est située au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure, entre cette épine et l'éminence ilio-pectinée, ou bien entre cette épine et l'epine iliaque antéro-supérieure, et elle s'avance alors quelquefois assez profondément du côté de la cavité abdominale. Trois pièces, nos 757, 757 *a* et 757 *b*, se rapportent à la luxation en bas et en avant, dans le trou ovalaire.

Dans les luxations anciennes, surtout les postérieures, le membre luxé, et particulièrement le bassin, subissent des modifications profondes qui résultent, la plupart, du déplacement de la tête et du mode de transmission du poids de la partie supérieure du tronc. Ainsi, comme cela résulte d'un très-grand nombre de pièces, nos 740, 740 *a*, 741, 742, 743, 744, 745, 745 *a*, 745 *b*, 746, 746 *a*, 747, 749, 750, 752, 752 *a*, 753, 753 *c*, la tête fémorale étant par suite de la luxation portée plus en arrière, on constate une atrophie plus ou moins notable de la moitié antérieure de la ceinture pelvienne, avec une hypertrophie au contraire de la partie postérieure de l'iléum, nos 742, 746, 749, 749 *b*. Dans la plupart de ces cas aussi, les diamètres du grand bassin, mais sur-

tout du petit, sont plutôt augmentés que diminués, nos 743, 745, 746. Les branches pubiennes paraissent allongées, et les tubérosités de l'ischion sont un peu relevées et déjetées en dehors, ce qui augmente surtout le diamètre bi-ischiatique nos 740, 740 *a*, 742, 744, 745, 745 *a*, 745 *b*, 746, 749 *a*. On observe aussi quelquefois dans ces cas, une inégalité dans les deux diamètres obliques du grand bassin, quand la luxation est simple, unilatérale, nos 745, 746, 753 *c*. L'iléum du côté luxé peut aussi être fortement remonté en haut, et projeté en dedans nos 740, 744, 745 *b*, 746, 750, 752, 753 *c*.

Pour que dans les luxations anciennes ils se produise de nouvelles cavités articulaires, je crois qu'il est nécessaire que la capsule soit rompue et qu'il y ait contact direct, de la tête osseuse avec un point de l'os iliaque. J'ai déjà signalé cette condition à l'occasion des luxations de l'épaule. Ce contact direct n'existant point au début dans les luxations congénitales, c'est ce qui explique que, dans cette variété de luxation, on n'observe que très-tardivement une nouvelle cavité articulaire.

Lorsqu'il existe une nouvelle cavité, elle peut se présenter sous trois types principaux : 1° une dépression creusée dans l'os avec atrophie, nos 744, 745 *b*, 748, 748 *c*, 749, 751 *a* ; 2° la nouvelle cavité peut être planiforme et reposer sur un plateau hypertrophique de l'os coxal, nos 749 *b*, 750, 751, 752, 752 *a*, 752 *c*. Malgaigne pensait que ce plateau résultait de l'ossification des parties molles interposées aux deux os ; je ne puis admettre cette interprétation. Quand des parties molles sont interposées, les os n'étant point au contact, il se produit des dépressions, mais point d'ossifications ; 3° la nouvelle cavité no 747 peut acquérir des dimensions considérables, être régulière, assez spacieuse pour loger la tête du fémur, et avoir la plus grande analogie avec une cavité cotyloïde bien conformée.

L'ancienne cavité subit des déformations qui sont, à quelque chose près, toujours identiques ; elle diminue de capacité, de profondeur, et devient triangulaire. Quelquefois, ce qui est rare, nos 740, 742, elle est remplie par une exostose ; d'autres fois, no 752, elle est bouchée par un opercule osseux. La tête du fémur peut aussi présenter une diminution

notable de volume, n° 749 *c*; elle peut même disparaître complétement avec le col, n°s 741, 743, 752.

Je signalerai en terminant la pièce n° 739 *c*, qui est un exemple de double luxation congénitale, dans laquelle il y a absence des muscles fessiers.

N° 739. — Modèle en cire d'une double luxation coxo-fémorale congénitale.

Cette pièce a été recueillie sur une jeune fille ; le déplacement sur les deux côtés, s'est opéré en haut et en arrière, dans la fosse iliaque externe. La capsule fibreuse enveloppait les deux têtes fémorales, qui sont très-petites, déformées. Sur le côté gauche, la capsule articulaire ayant été représentée ouverte, on constate que le ligament rond a acquis une longueur considérable ; il n'existe aucun vestige de cavité nouvelle. Les cavités cotyloïdes anciennes sont très-petites, planiformes et triangulaires. Le bassin est légèrement aplati latéralement, les tubérosités ischatiques sont un peu déjetés en dehors, et le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur est de 9 centimètres.

(Professeur Breschet.)

N° 739 *a*. — Os coxal droit, avec la partie supérieure du fémur ; luxation coxo-fémorale congénitale.

Cette pièce a été observée à l'Hôpital de la Charité sur un jeune enfant ; le côté gauche était normal. Cette luxation peut, à juste titre, être regardée comme un exemple-type de luxation congénitale ; la capsule articulaire, qui n'était point rompue, était allongée et hypertrophiée. Ayant été ouverte, on constate également un allongement considérable du ligament rond, qui a 7 centimètres 1/2 environ ; il est aplati en forme de ruban et hypertrophié. La cavité cotyloïde est petite, peu profonde et triangulaire, son fond est rempli par une masse graisseuse. A son bord inférieur elle donne insertion au ligament rond.

La tête fémorale, peu volumineuse, n'est pas régulièrement sphérique, elle est conoïde et le cartilage d'encroûtement est détruit en grande partie. Il est évident que la tête n'était pas contenu dans sa cavité normale ; elle appuyait sur la capsule fibreuse, très-résistante, surtout à sa partie supérieure. Il n'existe pas de fausse articulation sur l'os iliaque.

(Professeur Cruveilhier.)

739 *b*. — Fœtus mort après avoir à peine respiré; luxation coxo-fémorale gauche congénitale.

Le diagnostic a pu être fait par M. Verneuil avant toute dissection. La hanche du côté gauche, est plus élevée qne celle du côté opposé; la cuisse était dans une adduction assez prononcée, combinée avec un mouvement de rotation en dedans. Il existe à gauche un raccourcissement de 6 à 7 millimètres. Le toucher faisait aisément reconnaître la présence de la tête fémorale luxée en arrière et en haut. Par des tractions verticales on pouvait réduire assez facilement la luxation, mais elle se reproduisait aussitôt qu'on abandonnait le membre.

Du côté gauche, les muscles sont généralement plus courts et moins développés que du côté opposé. La capsule articulaire, fortement distendue à sa partie supérieure, coiffe la partie supérieure de la tête, qui est portée en haut, en dehors et en arrière; la partie antérieure de l'articulation n'est plus convexe, la capsule est tendue à plat au-devant du cotyle vide. La capsule ne présentait aucune solution de continuité, mais elle est allongée et amincie, surtout à la partie supérieure et antérieure. Le ligament rond existait encore, mais il était filiforme, ramolli et après deux jours de macération dans l'eau, il s'est rompu. L'articulation y était remplie par un liquide sanieux, d'un gris rougeâtre, visqueux.

La face interne de la capsule présente à sa partie inférieure des fongosités très-développées. Du fond de la cavité cotyloïde s'élèvent également des fongosités.

La tête fémorale est un peu plus petite que du côté droit; en arrière elle offre un léger aplatissement dans le point où elle presse contre le bord du cotyle, sur lequel elle est à cheval. Sauf un peu moins de profondeur qu'à l'ordinaire, la cavité cotyloïde n'a perdu ni sa forme ni sa régularité dans les deux tiers inférieurs internes, mais dans le tiers postérieur de sa circonférence, il existe un aplatissement du bourrelet fibreux et du sourcil cartilagineux qui le supporte.

(Professeur Verneuil, *Gaz. des hôpit.*, 1862, p. 530.)

N° 739 *c*. — Fœtus atteint d'une double luxation congénitale coxo-fémorale, avec pied-bot varus très-prononcé, et un spina-bifida de la région sacrée.

L'aspect que présentent les deux membres abdominaux est assez singulier : ils contrastent d'abord avec le reste du corps par leur amaigrissement notable, tandis que la partie supérieure du tronc et les membres supérieurs présentent un volume normal.

De plus, les membres abdominaux amaigris sont rigides, les articulations du genou présentent à peine quelques mouvements de flexion et d'extension ; ces membres sont en outre incurvés, à concavité antérieure, et ils étaient, au moment de l'accouchement, fortement infléchis sur la partie antérieure du tronc. Cette inflexion des cuisses avec extension forcée des jambes, plaçait les deux pieds sur les deux côtés de la tête. Aussi, au moment de l'accouchement, la présentation étant céphalique, la sage-femme m'a dit avoir, par le toucher, senti les orteils sur les côtés de la tête, ce qui pendant quelque temps, lui a donné de l'inquiétude. L'accouchement s'est néanmoins bien effectué sans accident.

Lorsque j'ai voulu étendre complétement la cuisse sur le bassin, cela m'a été impossible. La peau de la partie antérieure et supérieure de la cuisse, sur les deux côtés du triangle de Scarpa, faisait deux reliefs qui, sous forme de bride très-tendue, s'opposaient à l'extension. En même temps, en arrière, au niveau de la fesse, on apercevait une saillie arrondie très-sensible sous la peau, et qui était constituée par la tête des deux fémurs, qui paraissait plus élevée et rapprochée de l'épine iliaque antéro-supérieure. Il était évident pour moi qu'il existait une luxation congénitale double. Si l'on voulait présenter ce fœtus debout, le ventre saillant en avant, lui donnait cet aspect si caractéristique décrit par Delpech, d'un chien marchant debout sur les deux pattes de derrière.

La dissection de la cuisse, pratiquée seulement sur un des côtés, les deux membres étant identiques d'aspect extérieur, m'a démontré d'abord, qu'au niveau des deux plis cutanés situés de chaque côté du triangle de Scarpa, le tissu cellulaire et le derme cutané étaient plus denses, plus rétractés, et c'est leur rétraction qui, pendant l'extension, produisait les deux cordes signalées. La tête fémorale n'était point logée dans la cavité cotyloïde, qui existe cependant, mais qui est trop petite pour la contenir. Cette tête est complétement située en dehors de la cavité, qu'elle ne regarde que par sa face interne, la partie supérieure la dépassant en haut, en avant, et l'externe faisant une notable saillie en dehors. La tête est maintenue dans cette position par le ligament orbiculaire, qui est intact et bien conservé. On peut ici, à juste titre, se demander si cette luxation n'est point plutôt le résultat d'une position vicieuse que la suite d'une malformation articulaire. La première opinion, dans ce cas particulier, me paraît beaucoup plus probable ; la flexion forcée avec extension de la jambe est de la dernière évidence. Elle a été constatée par la sage-femme pendant l'accouchement, et elle se produisait d'elle-même après. Il était même difficile de la combattre, et l'on sait que dans cette flexion forcée avec légère rotation en dedans, la tête du fémur tend à remonter en même temps qu'elle se porte en avant. C'est ce que nous voyons exister sur cette pièce, qui,

pour certains cas au moins, semble devoir donner satisfaction à la théorie soutenue par M. le professeur Cruveilhier.

Mais un des faits qui m'a le plus frappé, et qui, je crois, n'a point encore été signalé dans les recherches anatomo-pathologiques propres aux luxations congénitales, c'est l'absence absolue des muscles fessiers. J'ai disséqué cette région avec soin, et je n'ai pu en trouver de trace. Ils ne sont point seulement atrophiés, mais ils manquent absolument sur ce fœtus, au moins pour le côté disséqué. A leur place, existait un coussinet graisseux qui doublait la peau, mais dans lequel il m'a été impossible de trouver trace de fibres musculaires. Sous la couche graisseuse, on trouvait, comme on peut le voir à nu, la face externe de l'os iliaque bien développée et normale; le grand trochanter était également libre de toute insertion musculaire. Les autres muscles de la cuisse, un peu atrophiés, étaient normaux. J'ai aussi vainement cherché le muscle pyramidal, tandis que les obturateurs, les jumeaux et le carré crural existent, mais un peu atrophiés. Cette absence de muscles aussi volumineux et aussi importants que les muscles fessiers, ne me paraît guère pouvoir s'expliquer; et l'on peut se demander quelle influence elle a pu avoir sur la flexion forcée de la cuisse et par suite sur la double luxation congénitale.

(M. Houel, *Soc. de chir.*, 3me série, t. II, p. 459.)

N° 710. — Bassin frappé d'un arrêt de développement très-notable, avec une double luxation coxo-fémorale, qui a été regardée comme congénitale.

Plusieurs des os du bassin, indépendamment de déformations, sont frappés d'un arrêt de développement assez accusé. C'est principalement le sacrum qui en est le siége ; les deux premières vertèbres sacrées, quoique rudimentaires, sont encore reconnaissables, mais les trois autres, ainsi que le coccyx, sont très-atrophiées. De chaque côté on compte cinq trous sacrés, mais, à l'exception du premier, ils sont très-petits.

Du côté droit, l'iléum est plus élevé que celui de gauche, et, au lieu d'être oblique, il est vertical. Sa face interne est à 1 centimètre 1/2 du corps des deux dernières vertèbres lombaires qui sont un peu inclinées à droite. Au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure existent du côté de la fosse iliaque externe, des rugosités osseuses, qui ont probablement été déterminées par la pression qu'a exercée, à ce niveau, la tête fémorale luxée. Au-dessous on remarque un petit orifice qui communique dans une cavité irrégulière, d environ 1 centimètre de diamètre et qui est le vestige de l'ancienne cavité cotyloïde. La tubérosité de l'ischion est obliquement dirigée en dehors, de manière que sa surface

externe regarde directement en avant, l'externe en arrière. La branche descendante du pubis est contournée sur elle-même et considérablement atrophiée, ainsi que la branche horizontale et la symphyse.

Du côté gauche, l'os iliaque est sur un plan inférieur à celui de droite; sa position est à peu près normale. La cavité cotyloïde est remplacée par une exostose. L'extrémité supérieure du fémur, qui n'est plus reconnaissable, est soudée à l'os iliaque, au niveau de l'épine antéro-inférieure. Le fémur, qui est très-court, atrophié, a éprouvé sur son axe un mouvement de rotation tel que sa partie postérieure regarde en avant, le condyle externe est situé en dehors et réciproquement. Malgré cette déformation très-considérable des os du bassin, on peut dire que tous les diamètres inférieurs du petit bassin sont agrandis.

N° 740 *a*. — **Os iliaque droit d'un individu jeune encore, et qui porte les traces d'une luxation probablement congénitale.**

La cavité cotyloïde peu profonde, est remplie par des végétations osseuses; elle a pris une forme triangulaire; au-dessus d'elle, l'os iliaque présente une dépression qui devait avoir des rapports, dans certains mouvements, avec la tête fémorale, dont la capsule fibreuse était probablement conservée La fosse iliaque interne, plus profonde que dans l'état ordinaire, regarde directement en dedans. La symphyse pubienne et ses branches sont atrophiées; le trou obturateur est agrandi; la tubérosité de l'ischion est portée en dehors. La partie postérieure de l'os iliaque est un peu hypertrophiée.

(Professeur Breschet.)

N° 740 *b*. — **Bassin d'adulte, dont les deux cavités cotyloïdes sont sont moins grandes et moins profondes que dans l'état normal; luxation congénitale.**

Cette pièce a été donnée par Breschet, comme représentant le premier degré de la luxation congénitale. Le bassin, dans son ensemble, est bien conformé, et rien ne montre sur cette pièce qu'il a existé une luxation.

(Professeur Breschet.)

N° 741. — Os iliaque gauche, avec la moitié supérieure du fémur; luxation congénitale.

Cette luxation qui a été considérée comme congénitale, pro-

vient d'un homme de 46 ans. Les deux os sont notablement atrophiés. L'atrophie de l'iliaque, quoique générale, est principalement très-prononcée dans la portion pubienne. La symphyse et les branches qui en partent sont très-minces et le trou obturateur agrandi.

La cavité cotyloïde qui est triangulaire, est diminuée de capacité en largeur et en profondeur. La tête et le col du fémur ont entièrement disparu; le grand trochanter aplati latéralement, se trouve correspondre à la face externe de l'épine iliaque antéro-inférieure. La luxation est donc en haut et en dehors. Un débris de l'ancienne capsule, adhère au petit trochanter et à la circonférence supérieure de la cavité ancienne.

(M. Burguière, 1837.)

N° 741 *a*. — Portion d'os iliaque droit, avec la partie supérieure correspondante du fémur; luxation congénitale.

Cette pièce, qui provient d'un très-jeune enfant, a été mal préparée; malgré cela, l'existence de la luxation est certaine, et si elle n'est point congénitale, elle doit se rapporter à la première enfance. La capsule fibreuse articulaire est conservée et très-allongée; elle a été incisée en arrière, ce qui permet de constater que la tête du fémur est très-déformée et peu volumineuse; elle repose par sa partie antérieure au-dessus de la cavité cotyloïde qui est déformée. C'est donc un exemple de luxation directement en haut et en dehors. On ne trouve point de vestige du ligament rond; il n'y a pas trace non plus de nouvelle cavité.

N° 742. — Bassin d'adulte, sur lequel on constate l'existence d'une malformation des deux cavités cotyloïdes, avec une double luxation congénitale des deux fémurs en haut et en dehors, au niveau des deux épines iliaques antéro-inférieures.

Il est à regretter que les deux fémurs aient été perdus. Les deux os iliaques présentent une altération à peu près symétrique. Sur celui de droite, la fosse iliaque interne paraît cependant un peu plus profonde. L'épine iliaque antéro-inférieure de chaque côté est très-volumineuse et saillante en avant. A sa face externe, de chaque côté, existe une dépression plus accusée à droite qu'à gauche, et qui était en rapport avec les deux têtes fémorales, qui étaient maintenues dans cette position par des débris de l'ancienne capsule fibreuse.

Les deux tubérosités ischiatiques, notablement atrophiés et écartées, sont déjetées en dehors et dirigées de telle manière que leur face externe regarde en avant; les branches descendante du pubis et ascendante de l'ischion sont aussi renversées de bas en

haut. Toutes ces parties, ainsi que le pubis sont atrophiées d'une manière très-sensible, tandis qu'il existe une hypertrophie de la partie postérieure de l'os iliaque, celle qui avoisine l'articulation sacrée. Par suite des renversements en dehors de la tubérosité de l'ischion, tous les diamètres inférieurs du petit bassin sont notablement augmentés.

La cavité cotyloïde est, en quelque sorte oblitérée ; elle est même remplacée de chaque côté à sa partie inférieure par une exostose symétrique, à la partie supérieure de laquelle existe seulement une fissure transversale, placée au-dessous de la réunion de l'os pubien avec l'iléum.

(*Ancienne académie de chrirurgie.*)

N° 743. — Les deux os iliaques, avec la partie supérieure des deux fémurs; double luxation probablement congénitale en haut et en dehors.

La portion iliaque des deux os coxaux est normale ; la portion pubienne est atrophiée dans sa symphyse et les branches qui en partent. Les deux tubérosités ischiatiques, également atrophiées, sont un peu renversées en dehors ; d'où résulte un agrandissement des diamètres intérieurs du petit bassin, principalement du transversal.

La cavité cotyloïde du côté gauche est de forme triangulaire, peu profonde, planiforme, elle a tout au plus 3 millimètres de profondeur, et son sourcil est, en grande partie, effacé. A sa partie supérieure, existe une surface planiforme avec hypertrophie de l'épine iliaque antéro-inférieure, et qui devait correspondre à la partie supérieure du fémur, qui est privé de sa tête et de son col ; son extrémité supérieure est constituée par le grand trochanter.

A droite, la cavité cotyloïde ancienne n'est pas sensiblement plus profonde qu'à gauche, mais, au-dessus d'elle, en existe une de nouvelle formation adossée à la face externe de l'épine iliaque antéro inférieure. Du pourtour de cette nouvelle cavité naît une capsule fibreuse, lâche, qui, par son extrémité inférieure, va s'insérer au grand trochanter et à la ligne oblique qui va du grand au petit trochanter. La tête fémorale ainsi que le col comme sur le côté opposé n'existent plus, et c'est la face interne du grand trochanter qui venait au contact de la nouvelle cavité. La capsule fibreuse, qui a été largement ouverte à sa partie antérieure, présente dans plusieurs points de son étendue des ossifications dont les unes occupent la partie supérieure, les autres l'inférieure. Les premières sont au nombre de deux, et constituées ; la plus petite qui a environ 2 centimètres de long, par la portion réfléchie du droit antérieur ; l'autre, par la portion

directe de son tendon, et celle-ci a une longueur de 11 centimètres. Les inférieures, au nombre de deux, du volume d'une noisette, ressemblent à des corps étrangers osseux articulaires ; ils adhèrent à la capsule.

(Professeur Desault.)

N° 744. — Bassin, avec la portion supérieure des deux fémurs; luxation coxo-fémorale gauche directement en haut et en dehors, probablement congénitale.

Ce qui me paraît devoir témoigner en faveur de l'existence de la congénialité de cette lésion, en l'absence de tous renseignements, c'est, d'une part, les altérations osseuses, et, d'autre part, le déplacement directement en haut.

Le bassin du côté luxé, est déformé dans plusieurs points de son étendue, la portion iliaque est un peu plus élevée que du côté opposé. L'ancienne cavité cotyloïde est très-déformée, triangulaire. Au-dessus d'elle, immédiatement en dehors et en arrière de l'épine iliaque antéro-inférieure, se trouve une dépression oblongue d'avant en arrière, qui s'articule avec la partie supérieure du fémur. Le pubis, ainsi que les branches, sont atrophiés, et la tubérosité de l'ischion, plus élevée que celle de droite, est renversée en dehors; toutes ces parties paraissent avoir été arrêtées dans leur développement. Le trou obturateur lui-même est beaucoup plus petit et moins régulier que celui du côté opposé.

Le fémur de ce côté a subi des altérations très-notables, soit dans sa direction, soit dans sa forme. Il a éprouvé un mouvement de rotation sur son axe tel, que son condyle externe était dirigé en avant. Son corps est grêle, la partie supérieure est aplatie latéralement, et mesuré comparativement avec celui du côté opposé, il offre une différence de longueur en moins de 2 centimètres. La tête et le col fémoral ont entièrement disparu. La face interne du grand trochanter présente une surface légèrement convexe qui s'articule avec la dépression située en dehors de l'épine iliaque antéro-inférieure; elle est maintenue dans cette position par des liens irréguliers.

N° 745. — Bassin; déformations consécutives à une double luxation coxo-fémorale.

Cette pièce est sans renseignements. Le sacrum a une direction vicieuse; il est moins concave à sa face antérieure, son sommet regarde en arrière, et l'angle sacro-vertébral est projeté en avant, d'où résulte un rétrécissement du diamètre sacro-pubien qui n'est que de 10 centimètres. Par suite, comme nous le ver-

rons plus loin, du transport de la cavité cotyloïde nouvelle en arrière et en haut de l'ancienne, la symphyse pubienne, ainsi que ces branches, sont sensiblement atrophiées, tandis que la partie postérieure des os iliaques, surtout à droite, est notablement hypertrophiée.

Le bassin est légèrement aplati d'avant en arrière, tandis que le diamètre transversal du détroit supérieur du petit bassin est, au contraire agrandi, il a 14 centimètres. Il existe aussi une inégalité dans les deux diamètres obliques, le sacro-cotyloïdien gauche a 13 centimètres, celui de droite, 14. Les deux tubérosités ischiatiques sont renversées en dehors et en avant, et elles mesurent 15 centimètres d'écartement, d'où résulte un élargissement notable du détroit inférieur. Ces altérations pathologiques me paraissent consécutives au déplacement de l'articulation coxo-fémorale.

Les deux cavités cotyloïdes anciennes sont dirigées en avant, très-petites, triangulaires et incapables de contenir les têtes fémorales. De chaque côté, existe une cavité nouvelle; celle de droite est planiforme; au lieu de faire saillie à la surface de l'os, elle est creusée dans son épaisseur, et située dans la fosse iliaque externe au niveau de la partie moyenne, immédiatement au-dessus du rebord de l'échancrure ischiatique. Celle de gauche est située immédiatement au-dessus de l'ancienne cavité; elle est profonde, et fait relief au-dessus de l'os coxal qui, dans ce point, est très-hypertrophié. Cette nouvelle cavité a une assez grande régularité et un sourcil très-accusé.

(Ancienne Académie de chirurgie.)

N° 745 a. — Bassin, avec une double luxation coxo-fémorale en haut et en dehors, probablement congénitale.

Ce bassin qui, dans son ensemble, est aplati latéralement, présente un diamètre sacro-pubien supérieur du petit bassin de 12 centimètres, et un diamètre transversal de 10 centimètres 1/2. Les deux cavités cotyloïdes anciennes sont déformées, triangulaires et peu profondes. Au-dessus et en haut, existent de chaque côté, au niveau de la partie externe des deux épines iliaques antéro-inférieures, deux dépressions avec rugosités qui devaient correspondre à la partie supérieure des deux fémurs. La symphyse pubienne, ainsi que les branches qui en partent, sont atrophiées, et les deux tubérosités ischiatiques projetées en avant et en dehors; ces deux tubérosités mesurent un écartement de 12 centimètres.

(M. Bouvier, 1861.)

N° 745 *b*. — Deux os coxaux d'adulte, avec la partie supérieure des deux fémurs; double luxation en haut et en dehors.

Cette double luxation est probablement congénitale, la portion iliaque de ces deux coxaux est fortement redressée en dedans. Le pubis est notablement atrophié ainsi que les branches qui sont amincies, et paraissent allongées; les tubérosités de l'ischion également atrophiées sont déjetées en dehors et relevées en avant; l'écartement de ces deux os, mesuré en dedans, est de 19 centimètres 1/2.

Les deux cavités cotyloïdes diminuées de capacité et devenues triangulaires, regardent presque directement en avant. Au-dessus d'elles, de chaque côté à la partie externe des épines iliaques antéro-inférieures, existent deux dépressions en forme de gouttière, qui devaient être en rapport avec les deux têtes fémorales qui sont déformées, irrégulières, et forment avec le corps du fémur un angle droit. La partie postérieure des os iliaques, surtout celui de gauche, est hypertrophiée.

(M. Bouvier, 1861.)

N° 746. — Bassin, avec la partie supérieure des deux fémurs; double luxation coxo-fémorale.

Cette pièce de double luxation du fémur, probablement congénitale, provient d'une femme adulte. Le sacrum présente sa disposition normale, mais la portion iliaque des deux os coxaux est relevée, surtout du côté gauche. Le diamètre sacro-pubien est de 10 centimètres 1/2 pour le détroit supérieur du petit bassin, et le diamètre transversal est de 14 centimètres. Ce dernier est donc notablement agrandi. Par suite d'une déviation du pubis à droite, les diamètres obliques sont inégaux, le sacro-iliaque gauche a 14 centimètres, et celui de droite, 13 centimètres.

De chaque côté, la cavité cotyloïde est déformée, triangulaire; elle ne peut, à cause de sa diminution de capacité, contenir les têtes fémorales atrophiées. A droite, au-dessus de l'ancienne cavité, à la face externe de l'épine iliaque antéro-inférieure, existe une dépression sur laquelle venait appuyer la tête du fémur très-déformée, diminuée de volume, mais qui était encore contenue dans sa capsule fibreuse intacte. A gauche, au-dessus et un peu en arrière de l'ancienne cavité, on existe une nouvelle planiforme, située sur un plateau osseux qui résulte de l'hypertrophie de l'os iliaque à ce niveau. Cette nouvelle cavité recevai la tête du fémur profondément altérée, déformée, qui était maintenue par une nouvelle capsule articulaire qui s'insère au pourtour de la nouvelle cavité et sur le col fémoral. Le pubis et

ses diverses branches sont notablement atrophiés, tandis que la partie sacrée des os coxaux est au contraire hypertrophiée. Les deux tubérosités de l'ischion sont déjetées en dehors, et celle de gauche descend un peu moins bas qu'à droite. Tous les diamètres du petit bassin sont élargis, le diamètre bi-ischiatique est de 13 centimètres.

(Professeur Desault.)

N° 746 *a*. — Bassin avec les deux fémurs; double luxation coxo-fémorale en arrière et en dehors dans la fosse iliaque externe.

Les os du bassin sur cette pièce présentent des déformations considérables, qui résultent d'une altération spéciale, difficile à déterminer aujourd'hui, mais qui paraît devoir se rapporter à une espèce de ramollissement et probablement à l'ostéo malacie. Ces os ainsi que les fémurs, paraissent à un moment donné avoir été très-vascularisés.

Le sacrum présente à sa face antérieure une courbure anormale, à concavité antérieure très-prononcée, anguleuse, qui porte l'angle sacro-vertébral et la pointe du coccyx fortement en avant. Cette saillie de l'angle vertébral en avant, retrécit beaucoup dans cette direction le détroit supérieur du petit bassin, qui n'est que de 7 centimètres; les deux crêtes iliaques sont très-relevées, les fosses iliaques internes profondément excavées, et leur partie supérieure très-amincie.

Les deux cavités cotyloïdes anciennes sont rudimentaires, de forme triangulaire, et regardent presque directement en avant. Au-dessus d'elles et en arrière, dans la fosse iliaque externe, existe de chaque côté une nouvelle facette articulaire, située immédiatement au-dessus et en avant de l'échancrure ischiatique. Cette nouvelle cavité est représentée à droite par une simple dépression, tandis qu'à gauche, à la partie supérieure, il y a un commencement de bourrelet cotyloïdien. Ces deux nouvelles cavités sont en contact avec les deux têtes du fémur, un peu atrophiées, et déformées, irrégulières.

La symphyse pubienne et ses branches diverses sont notablement atrophiées, ainsi que les deux tubérosités ischiatiques qui sont rejetées en dehors. Par opposition la partie postérieure des os coxaux est notablement hypertrophiée.

(Professeur Malgaigne.)

N° 747. — Bassin de femme, avec la partie supérieure des deux fémurs; double luxation coxo-fémorale en haut et en dehors, probablement congénitale.

Les deux cavités cotyloïdes anciennes sont déformées, triangu-

laires et notablement diminuées de capacité. Les deux nouvelles cavités sont très-bien conformées, elles ont acquis des dimensions considérables et une profondeur de 3 centimètres. Ces nouvelles cavités reposent sur une hypertrophie à ce niveau, de l'os iliaque ; elles présentent un sourcil cotyloïdien saillant, irrégulier, à bord hérissé d'aspérités osseuses. Ces nouvelles cavités n'ont point de chaque côté un siége exactement identique. Celle de droite est située directement au-dessus de l'ancienne cavité, à la partie externe de l'épine antéro-inférieure; à gaucho elle est bien encore en haut, mais un peu plus en arrière, à environ un demi centimètre de l'épine iliaque antéro-inférieure. Les têtes du fémur peu volumineuses, sont complétement renfermées dans les nouvelles cavités articulaires, le col qui est court a sa direction à peu près normale.

Le bassin a subi les déformations propres à cette espèce de luxation ancienne. Sa symphyse est très-atrophiée, ainsi que les branches horizontales et obliques des pubis qui sont très-amincies. Les tubérosités ischiatiques sont déjetées en dehors, à gauche, une partie même de l'enceinte pelvienne a été détruite et perdue. La partie postérieure des deux os coxaux est hypertrophiée, en particulier celui de gauche.

(M. Ménière.)

N° 748. — Os iliaque gauche, avec la moitié supérieure du fémur ; luxation congénitale directement en haut et en dehors.

Cette pièce a été prise sur un jeune homme, car les os ne sont point encore très-développés, et les trois parties des os coxaux ne sont pas encore soudés entre elles.

La cavité cotyloïde est petite, déformée et triangulaire ; elle ne peut plus contenir la tête du fémur, qui est elle-même peu volumineuse et irrégulièrement sphérique.

Le ligament orbiculaire épaissi a subi un allongement assez considérable, qui permet un écartement de plus de 5 centimètres des surfaces articulaires. Le ligament rond est aussi allongé, et divisé du côté de la tête en plusieurs faisceaux. La tête du fémur, ne pouvant rentrer dans sa cavité, s'est portée directement en haut, et elle venait se placer au contact d'une simple dépression en forme de gouttière, creusée aux dépens de l'épaisseur de l'os, et située à la partie externe de l'épine iliaque antéro-inférieure. Le ligament orbiculaire étant intact, il n'existe point de nouvelle cavité.

(Professeur Broca, 1848.)

ses diverses branches sont notablement atrophiés, tandis que la partie sacrée des os coxaux est au contraire hypertrophiée. Les deux tubérosités de l'ischion sont déjetées en dehors, et celle de gauche descend un peu moins bas qu'à droite. Tous les diamètres du petit bassin sont élargis, le diamètre bi-ischiatique est de 13 centimètres.

(Professeur Desault.)

N° 746 *a*. — Bassin avec les deux fémurs; double luxation coxo-fémorale en arrière et en dehors dans la fosse iliaque externe.

Les os du bassin sur cette pièce présentent des déformations considérables, qui résultent d'une altération spéciale, difficile à déterminer aujourd'hui, mais qui paraît devoir se rapporter à une espèce de ramollissement et probablement à l'ostéo malacie. Ces os ainsi que les fémurs, paraissent à un moment donné avoir été très-vascularisés.

Le sacrum présente à sa face antérieure une courbure anormale, à concavité antérieure très-prononcée, anguleuse, qui porte l'angle sacro-vertébral et la pointe du coccyx fortement en avant. Cette saillie de l'angle vertébral en avant, retrécit beaucoup dans cette direction le détroit supérieur du petit bassin, qui n'est que de 7 centimètres; les deux crêtes iliaques sont très-relevées, les fosses iliaques internes profondément excavées, et leur partie supérieure très-amincie.

Les deux cavités cotyloïdes anciennes sont rudimentaires, de forme triangulaire, et regardent presque directement en avant. Au-dessus d'elles et en arrière, dans la fosse iliaque externe, existe de chaque côté une nouvelle facette articulaire, située immédiatement au-dessus et en avant de l'échancrure ischiatique. Cette nouvelle cavité est représentée à droite par une simple dépression, tandis qu'à gauche, à la partie supérieure, il y a un commencement de bourrelet cotyloïdien. Ces deux nouvelles cavités sont en contact avec les deux têtes du fémur, un peu atrophiées, et déformées, irrégulières.

La symphyse pubienne et ses branches diverses sont notablement atrophiées, ainsi que les deux tubérosités ischiatiques qui sont rejetées en dehors. Par opposition la partie postérieure des os coxaux est notablement hypertrophiée.

(Professeur Malgaigne.)

N° 747. — Bassin de femme, avec la partie supérieure des deux fémurs; double luxation coxo-fémorale en haut et en dehors, probablement congénitale.

Les deux cavités cotyloïdes anciennes sont déformées, triangu-

laires et notablement diminuées de capacité. Les deux nouvelles cavités sont très-bien conformées, elles ont acquis des dimensions considérables et une profondeur de 3 centimètres. Ces nouvelles cavités reposent sur une hypertrophie à ce niveau, de l'os iliaque ; elles présentent un sourcil cotyloïdien saillant, irrégulier, à bord hérissé d'aspérités osseuses. Ces nouvelles cavités n'ont point de chaque côté un siége exactement identique. Celle de droite est située directement au-dessus de l'ancienne cavité, à la partie externe de l'épine antéro-inférieure; à gaucho elle est bien encore en haut, mais un peu plus en arrière, à environ un demi centimètre de l'épine iliaque antéro-inférieure. Les têtes du fémur peu volumineuses, sont complétement renfermées dans les nouvelles cavités articulaires, le col qui est court a sa direction à peu près normale.

Le bassin a subi les déformations propres à cette espèce de luxation ancienne. Sa symphyse est très-atrophiée, ainsi que les branches horizontales et obliques des pubis qui sont très-amincies. Les tubérosités ischiatiques sont déjetées en dehors, à gauche, une partie même de l'enceinte pelvienne a été détruite et perdue. La partie postérieure des deux os coxaux est hypertrophiée, en particulier celui de gauche.

(M. Ménière.)

N° 748. — Os iliaque gauche, avec la moitié supérieure du fémur ; luxation congénitale directement en haut et en dehors.

Cette pièce a été prise sur un jeune homme, car les os ne sont point encore très-développés, et les trois parties des os coxaux ne sont pas encore soudés entre elles.

La cavité cotyloïde est petite, déformée et triangulaire ; elle ne peut plus contenir la tête du fémur, qui est elle-même peu volumineuse et irrégulièrement sphérique.

Le ligament orbiculaire épaissi a subi un allongement assez considérable, qui permet un écartement de plus de 5 centimètres des surfaces articulaires. Le ligament rond est aussi allongé, et divisé du côté de la tête en plusieurs faisceaux. La tête du fémur, ne pouvant rentrer dans sa cavité, s'est portée directement en haut, et elle venait se placer au contact d'une simple dépression en forme de gouttière, creusée aux dépens de l'épaisseur de l'os, et située à la partie externe de l'épine iliaque antéro-inférieure. Le ligament orbiculaire étant intact, il n'existe point de nouvelle cavité.

(Professeur Broca, 1848.)

N° 748 a. — Os iliaque gauche, avec la partie supérieure du fémur; luxation en haut et en arrière dans la fosse iliaque externe et probablement congénitale.

La cavité cotyloïde ancienne, outre qu'elle a diminué notablement de capacité, est triangulaire; directement au-dessus, à la partie externe de l'épine iliaque antéro-inférieure, existe une gouttière antéro-postérieure, qui semble indiquer qu'à un moment de l'évolution de cette luxation, la tête fémorale venait correspondre à ce point. Une nouvelle surface articulaire planiforme est creusée dans l'épaisseur de l'ilion, dans la fosse iliaque extrême près du bord de l'échancrure ischiatique. C'est au niveau de se second point, que venait correspondre la tête fémorale qui est peu développée; elle était encore enfermée dans son ancienne capsule fibreuse articulaire, qui s'est notablement allongée pour permettre un déplacement aussi considérable; on ne trouve pas trace du ligament rond. La symphyse pubienne et ses branches sont notablement atrophiées, et la tubérosité de l'ischion est légèrement renversée en dehors.

(M. Bouvier, 1861.)

N° 748 *b*. — Portion d'os coxal du côté droit, avec la partie supérieure du fémur; luxation congénitale.

Cette pièce provient d'un jeune garçon de 9 ans et demi qui avait une double luxation; le côté droit a seul été conservé. La dissection a fait voir à M. Bouvier, que la tête du fémur était placée en haut et en dehors, très-près du cotyle, et encore contenue avec celui-ci, dans l'intérieur du ligament capsulaire qui est distendu et allongé. Une petite surface concave de l'os iliaque, répond à une portion de la tête fémorale coiffée de la capsule, qui a conservé ses attaches, et qui se trouvait ainsi interposée entre les deux os. Un feuillet fibreux assez fort, détaché comme par une sorte de dédoublement de la face externe de la capsule, la fixait au bord supérieur de la facette iliaque, rudiment de la cavité nouvelle.

Une section du ligament capsulaire permet de voir la cavité cotyloïde, retrécie et devenu triangulaire. Le ligament rond allongé a conservé ses attaches et sa forme ordinaire. Le bord externe du cotyle, qui sépare sa cavité du lieu occupé par la tête, est émoussé, arrondi, et présente une surface lisse due à la synoviale qui le revêt. La tête du fémur est un peu aplatie, mais encore trop volumineuse pour être reçue daus la cavité cotyloïde.

M. Bouvier, *Soc. de Chir.*, 2e série, t. Ier, p. 526.)

N° 749. — Os iliaque gauche, avec la moitié supérieure du fémur; luxation en haut et en dehors dans la fosse iliaque externe.

Cette luxation a été observée chez un jeune sujet, et la pièce a été remise au Musée par M. Breschet, comme exemple de luxation congénitale, ce qui me paraît au moins douteux. L'ileum présente à sa face externe, près du bord supérieur de l'échancrure ischiatique, une large dépression planiforme qui paraît produite par la tête fémorale, qui roulait à sa surface. Par suite du refoulement en dedans des tables de l'os qui est mince dans ce point, il existe une petite saillie osseuse dans la fosse iliaque interne. La cavité cotyloïde ancienne de forme triangulaire, et qui a beaucoup perdu de ses dimensions, est cachée par les débris de l'ancienne capsule fibreuse, qui adhèrent encore à la partie supérieure et externe du sourcil cotyloïdien, et à la partie antérieure du col. La partie supérieure et postérieure manque; c'est par ce point que la luxation s'est produite. La tête fémorale est atrophiée déformée, elle est ovalaire; le petit trochanter a disparu. Le pubis ainsi que ses branches est grêle, atrophié.
(Professeur Breschet.)

N° 749 *a*. — Bassin, avec le fémur gauche; double luxation coxo-fémorale.

Le bassin dans sa moitié postérieure est normal, l'ileum gauche est cependant plus relevé que le droit. Les deux cavités cotyloïdes sont rétrécies, triangulaires. Le pubis et ses branches sont un peu atrophiés, les deux tubérosités de l'ischion déjetées en dehors sont relevées en haut, elles mesurent entre elles un écartement de 12 centimètres. La partie postérieure des os iléum est hypertrophiée surtout à gauche.

A droite il n'existe point de nouvelle cavité articulaire, on constate au-dessus de l'ancienne, immédiatement en dehors de l'épine iliaque antéro-inférieure, une petite dépression qui devait correspondre à la tête fémorale. La luxation de ce côté était donc directe en haut et en dehors.

A gauche, on trouve bien également une dépression à la partie externe de l'épine iliaque antéro-inférieure, qui témoigne qu'à un moment donné la tête a dû correspondre à cette dépression; mais par suite de la migration en avant, la tête est venue se placer dans la partie moyenne de la fosse iliaque externe, immédiatement au-dessus du bord supérieur de l'échancrure ischiatique. On trouve à ce niveau, une large surface planiforme avec laquelle la tête du fémur est en contact. Cette tête fémorale déformée, aplatie, est

fortement maintenue dans cette position par des débris de l'ancienne capsule, qui s'insèrent à la partie antérieure de la cavité cotyloïde qu'ils cachent en passant au-devant d'elle ; ils viennent s'insérer à la partie antérieure et inférieure du col fémoral qui est raccourci.

N° 749 *b*. — Os iliaque gauche, avec la moitié supérieure du fémur, luxation en haut et en dehors.

La cavité cotyloïde est notablement diminuée de capacité, elle est peu profonde et triangulaire. Le pubis avec ces diverses branches est très-atrophié, le trou obturateur agrandi, la tubérosité ischiatique qui est normale ne paraît point avoir subi de déviation.

Au-dessus de l'ancienne cavité, à la partie externe de l'épine iliaque antéro-inférieure, existe une dépression assez profonde, qui témoigne qu'à un moment donné de l'évolution de cette luxation, la tête fémorale correspondait à ce point. En arrière de cette dépression, à la partie externe de l'échancrure ischiatique, s'observe une facette articulaire planiforme, qui est creusée dans un plateau qui recouvre l'os. C'est avec cette nouvelle surface que s'articulait la partie inférieure de la tête fémorale, un peu aplatie à ce niveau et déformée.

(Professeur Cruveilhier.)

N° 749 *c*. — Os iliaque gauche, avec la partie supérieure du fémur; luxation coxo-fémorale en haut et en dehors dans la fosse iliaque externe.

Cette luxation, qui paraît être très-ancienne, a été trouvée sur une femme âgée de 40 ans environ.

L'os iliaque présente les particularités suivantes : d'une manière générale on peut dire qu'il est grêle et peu riche en parties spongieuses. La fosse iliaque externe, à 1 centimètre au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde, présente un mamelon offrant une petite surface plane, très-lisse et comme éburnée; au-dessus d'elle on remarque une dépression exagérée, si on la compare à la conformation ordinaire de cet os. La cavité cotyloïde, peu profonde, complétement déformée, a pris une forme triangulaire par le refoulement en avant de son rebord postérieur, les deux autres n'ayant pas changé de position; son intérieur est rugueux, et l'on voit qu'elle n'était pas occupée par la tête du fémur. Toute la partie postérieure du sourcil cotyloïdien est convertie en une surface plane de 2 centimètres carrés environ, très-lisse et éburnée; cette surface, qui regarde en dehors comme celle

précédemment décrite se trouve dans le même plan; entre ces deux surfaces existe une gouttière très-prononcée. En haut le sourcil n'offre pas d'échancrure, il est converti en un bord rectiligne, cylindrique et à surface rugueuse. Ces altérations n'ont pas réagi sur le trou sous-pubien, la branche ascendante de l'ischion, le pubis et sa branche descendante. On pourrait peut-être remarquer seulement que ces parties offrent un ensemble un peu allongé, et qu'elles sont atrophiées.

Quant au fémur, sa tête est atrophiée, prismatique, à trois faces; la face interne offre une partie lisse et usée par le frottement, dans une étendue qui correspond à la surface lisse du mamelon qui a été indiqué tout d'abord. Le petit trochanter, aplati également, poli par le frottement, s'adapte d'une manière parfaite à la surface créée aux dépens du sourcil cotyloïdien.

(M. Murelle, *Soc. anat.*, 1857, 2e série, t. II, p. 12.)

N° 350. — Os coxal droit, avec la partie supérieure du fémur; luxation du fémur en haut et en dehors.

L'os iliaque, par suite probablement de la pression qu'a exercée sur lui la tête déplacée, est élevé; la symphyse pubienne, ainsi que ses branches, sont atrophiées. L'ancienne cavité qui est très-réduite, est atrophiée dans son fond, au point de laisser apercevoir le jour à travers; des végétations osseuses concourent à l'oblitérer. La cavité nouvelle, située au-dessus et en arrière, se trouve très-rapprochée du bord externe de l'échancrure sciatique; elle est planiforme, éburnée, et repose sur une portion d'os hypertrophiée. La tête fémorale, aplatie à sa partie inférieure, est rugueuse, inégale; son pourtour est limité par des végétations osseuses, renversées en forme de champignon, qui rappellent assez bien les altérations de l'arthrite sèche.

(M. Ollivier d'Angers.)

N° 351. — Os iliaque gauche, avec la partie supérieure du fémur; luxation en haut et en dehors dans la fosse iliaque externe.

L'os iliaque est rugueux, inégal; il a été le siége d'une affection mal caractérisée, mais qui paraît devoir se rapporter à l'ostéo malacie qui a ramolli, vascularisé son tissu. La lésion paraît aussi s'être étendue au fémur. L'iléum est un peu relevé et la fosse iliaque interne est plus profonde que dans l'état normal; c'est l'inverse pour l'externe qui est bombée. L'os, à ce niveau, est réduit à un mince feuillet du diploé. Le pubis et ses branches sont légèrement atrophiés.

L'ancienne cavité cotyloïde qui est triangulaire, est en grande partie effacée, surtout en bas et en arrière. Au-dessus et

un peu en arrière, à la partie externe de l'échancrure ischiatique, existe une nouvelle cavité articulaire, qui, repose sur une plaque hypertrophique de la fosse iliaque externe. Cette nouvelle cavité est plus profonde à la partie postérieure et inférieure, qu'à la partie antérieure. La tête du fémur, rugueuse, inégale dans sa partie non articulaire, est lisse au contraire, dans la partie inférieure qui est en contact avec la nouvelle facette articulaire.

N° 751 *a*. — Os iliaque droit, avec la partie supérieure du fémur; luxation coxo-fémorale dans la fosse iliaque externe probablement congénitale.

La cavité cotyloïde, rétrécie et triangulaire, est en grande partie fermée par des débris de l'ancienne capsule fibreuse. Au-dessus et à la partie externe de l'épine iliaque antéro-inférieure, existe une dépression qui semble témoigner que, dans un moment donné de son évolution, la tête du fémur a dû correspondre dans ce point. Aujourd'hui elle est portée beaucoup plus en arrière, et on constate dans la fosse iliaque externe, au bord supérieur de l'échancrure ischiatique, qu'il existe une cavité planiforme, creusée dans l'épaisseur de l'os, sur laquelle devait reposer, dans certains mouvements, la tête fémorale atrophiée, et renfermée dans son ancienne capsule très-allongée pour permettre son déplacement; ce qui peut faire supposer que la luxation est peut-être congénitale, ou a dû s'opérer dans le jeune âge. La symphyse pubienne et les branches qui en partent sont atrophiées. Le trou obturateur paraît élargi.
(Professeur Malgaigne.)

N° 752. — Os iliaque droit; luxation du fémur en haut et en arrière.

Cet os présente les traces d'une grande vascularisation, ce qui prouve qu'il a été longtemps malade. La cavité cotyloïde est oblitérée par des plaques osseuses irrégulières, qui se sont probablement développées dans les débris du tissu fibreux de l'ancienne capsule. Mais il est facile de constater que cette espèce d'opercule n'oblitère que l'orifice, et qu'au-dessous la cavité, qui est intacte, mais déformée, était probablement remplie par de la graisse.

La nouvelle cavité planiforme, éburnée, est située en haut et un peu en arrière de l'ancienne, à la partie externe de l'échancrure ischiatique. Elle repose sur une partie hypertrophiée de l'iliaque. L'ilèum est relevé; sa crête regarde directement en haut. Le pubis, et surtout sa branche descendante, sont atrophiés, tan-

dis que la partie sacrée de l'iléum est notablement hypertrophiée. La tête du fémur n'existe pas.
(M. Bonamy.)

N° 752 *a*. — Os iliaque gauche; luxation du fémur en haut et en dehors.

L'ancienne cavité cotyloïde est triangulaire et encore assez profonde. Au-dessus d'elle, un peu en arrière, à la partie externe de l'échancrure ischiatique, existe une nouvelle cavité planiforme, qui repose sur une partie hypertrophiée de l'os. Cette nouvelle cavité est éburnée, creusée de nombreux trous et était en rapport avec la tête du fémur qui manque. La symphyse et ses branches sont un peu atrophiées, tandis que la partie sacrée de l'iléum est hypertrophiée.

N° 752 *b*. — Os iliaque gauche; luxation du fémur en haut et en arrière.

Cette pièce a la plus grande analogie avec la précédente, l'ancienne cavité cotyloïde triangulaire est rétrécie, la nouvelle cavité planiforme est située à la partie supérieure et postérieure de l'ancienne. Il existe une atrophie du pubis et de ses branches avec agrandissement du trou obturateur, redressement de l'iléum avec hypertrophie de sa portion sacrée.

N° 753. — Os iliaque gauche, avec la partie supérieure du fémur; luxation du fémur en haut et en arrière.

La symphyse pubienne et les branches qui en partent sont atrophiées. La cavité cotyloïde est triangulaire, et plus profonde en haut; sa partie inférieure est obturée en bas et en arrière par les débris de la capsule. La capsule ancienne a été déchirée surtout en haut; en arrière elle adhère à toute la partie postérieure de la cavité cotyloïde; c'est à travers la déchirure supérieure qui est considérable que le fémur a passé. La tête du fémur répond par sa partie inférieure à la partie postérieure de la capsule, le reste de cette extrémité articulaire est embrassé par le petit fessier qui lui forme une capsule accidentelle cloisonnée à l'intérieur. La tête est aplatie en dehors et en arrière et notablement atrophiée. Au contact de la tête avec l'iléum, il n'existe aucune facette, ni dépression par atrophie.
(Professeur Breschet.)

N° 753 *a*. — Portion d'os coxal gauche d'un jeune sujet, avec la partie supérieure du fémur; luxation du fémur directement en arrière.

Cette luxation qui est traumatique, se présente avec les caractères suivants: la cavité cotyloïde a conservé sa forme normale, la plupart des ligaments ont été rompus, et la tête du fémur qui n'est point altérée, repose par sa partie antérieure sur le pourtour du sourcil cotyloïdien, immédiatement au-dessus de la tubérosité de l'ischion, à la partie externe de l'échancrure ischiatique.
(M. Barth.)

N° 753 *b*. — Os coxal gauche, avec la partie supérieure du fémur; luxation du fémur incomplète en arrière.

Cette pièce est très-intéressante. L'ancienne cavité articulaire est réduite à son échancrure inférieure, la partie antérieure supérieure et postérieure du sourcil cotyloïdien est devenue concave, lisse, articulaire, et c'est avec cette partie lisse qu'était en contact la tête fémorale qui est un peu atrophiée et aplatie de dedans en dehors, tout l'os iléum est hypertrophié. On trouve même une saillie osseuse qui se dirige du rebord du sourcil cotyloïdien à l'épine iliaque antéro-supérieure et l'os, qui dans ce point, a une épaisseur considérable. Il existe par opposition une légère atrophie du pubis et de ses branches. Il semble, en examinant cette pièce, que la tête fémorale sortie de sa cavité, sans grand déplacement, s'est creusé une nouvelle facette articulaire sur le pourtour du sourcil cotyloïdien. La luxation existe réellement, mais le déplacement est très-peu considérable, il s'est fait en quelque sorte une nouvelle cavité dans l'ancienne: c'est pourquoi je l'ai désignée sous le nom de *luxation incomplète*.
(M. Barth, 1841.)

N° 753 *c*. — Bassin, avec la partie supérieure des deux fémurs; luxation du fémur gauche en haut et en arrière dans la fosse iliaque externe.

L'ancienne cavité cotyloïde gauche est complétement effacée et fermée par une lame osseuse. Le pubis et ses branches sont notablement atrophiés, le trou obturateur agrandi, les branches horizontales et descendantes du pubis allongées; la symphyse est reportée à droite, d'où résulte une irrégularité dans les deux moitiés du bassin. Le diamètre sacro-pubien est de 11 centi-

mètres 1/2, le sacro-iliaque gauche, de 12 centimètres, le sacro-iliaque droit, de 14 centimètres 1/2.

Au-dessus de l'ancienne cavité, à 1 centimètre en arrière de l'épine iliaque antéro-inférieure, se remarque une nouvelle cavité qui remonte dans la fosse iliaque externe, et est limitée en arrière par le bord externe de l'échancrure ischiatique. Cette nouvelle cavité, peu profonde, repose sur un plateau hypertrophique de l'os iliaque ; les rebords de cette cavité sont plus prononcés en haut et en arrière qu'en avant.

La tête fémorale déformée, aplatie, couverte d'aspérités et atrophiée, est en contact avec la nouvelle surface articulaire, maintenue par des débris de l'ancienne capsule, et des éléments fibreux de nouvelle formation. Le muscle obturateur interne, et le pyramidal qui n'ont point été rompus, sont fortement tendus, surtout l'obturateur, qui semble limiter le mouvement ascensionnel de la tête du fémur. L'os iléum est fortement redressé en haut, d'où il résulte que la fosse iliaque interne gauche est plus profonde que celle de droite.

(Professeur Desault.)

N° 752 *d*. — Os coxal gauche, avec la partie supérieure du fémur ; luxation coxo-fémorale traumatique récente en haut et en arrière, dans la fosse iliaque externe.

Cette luxation s'est faite à travers une large déchirure de la partie supérieure et postérieure de la capsule. La réduction s'opérait avec une extrême facilité, en portant le fémur dans la flexion et dans la rotation en dedans, mais les efforts que l'on faisait pour réduire la luxation lorsqu'on exerçait une traction directe en bas, étaient paralysés par la situation de ce qui reste de la capsule.

(M. Maisonneuve, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1854, t. IV, p. 413.)

N° 752 *e*. — Os iliaque droit, avec la partie supérieure du fémur ; luxation coxo-fémorale récente en arrière dans l'échancrure ischiatique.

La tête fémorale a passé à travers une déchirure étroite, en forme de boutonnière de la partie supérieure et postérieure de la capsule ; le col est comme emprisonné à travers la déchirure, et la tête fémorale portée en arrière, repose par sa face antérieure sur la portion de l'os iliaque qui correspond à la base de l'épine ischiatique. La tête se trouve donc placée à peu de distance de la partie supérieure de la tubérosité de l'ischion. Tout le reste de la capsule fortement tendue, cache la cavité cotyloïde. Le fémur

qui est dans une légère rotation en dedans, est à demi fléchi sur le bassin.

(Professeur Malgaigne.)

N° 753 *f*. — Os iliaque droit, avec la partie supérieure du fémur; luxation coxo-fémorale récente en arrière, au niveau de l'épine ischiatique.

La capsule est largement déchirée dans sa partie postérieure et inférieure, elle n'a résisté que dans un tiers environ de sa circonférence, à savoir la partie antérieure et supérieure. La tête du fémur portée en arrière, presque immédiatement au-dessus de la tubérosité de l'ischion, repose sur cet os par la partie interne, et le centre de la tête correspond à la base de l'épine ischiatique.

(M. Barth.)

N° 754. — Os coxal droit, avec la partie supérieure du fémur; luxation en haut et en avant ilio-pubienne.

Cette pièce a été trouvée sur un homme âgé de 57 ans, aliéné; on a été dans l'impossibilité de se procurer des renseignements sur les antécédents; mais M. Gely regarde cette luxation comme traumatique et résultant d'une chute pendant laquelle la cuisse était portée dans l'abduction et la rotation en dedans. M. Gosselin, dans son rapport, tout en admettant la probabilité du fait, aurait désiré une discussion à ce sujet dans le mémoire de M. Gely, et il se demande, si avec ce déplacement elle ne pourrait pas appartenir aux luxations spontanées.

Le déplacement est tel que l'ancienne cavité est en grande partie masquée par le grand trochanter; le col du fémur repose dans la gouttière comprise entre l'éminence iléo-pectinée et l'épine iliaque antéro-inférieure. Il s'est même formé dans ce point des végétations osseuses considérables, lisses, avec lesquelles s'articule le col du fémur et une partie de la tête. La tête fémorale se trouve donc située entièrement au-dessus du rebord pelvien; le fémur a éprouvé aussi des changements très-notables. Le grand trochanter, au lieu de se replier en arrière, est évasé en dehors et beaucoup plus volumineux. La cavité digitale, qui se trouve dilatée, représente une fosse profonde, et son bord postérieur est en rapport avec celui du sourcil cotyloïdien de l'ancienne cavité; le petit trochanter est atrophié. Toutes ces parties étaient maintenues dans leurs rapports, par de nouveaux éléments fibreux.

(M. Gely, *Bull. de la Soc. anat.*, 1840, t. XV, p. 303.)

N° 754 *a*. — Modèle en plâtre d'une luxation du fémur en haut et en avant.

Cette pièce est dans un assez mauvais état de conservation. La luxation a eu lieu en haut et en avant; le fémur présente des caractères en tout identiques à ceux de la pièce précédente.

N° 754 *b*. — Os iliaque gauche, avec la partie supérieure du fémur; luxation en haut et en avant ilio-pubienne; ankylose du fémur dans sa nouvelle position.

Cette pièce a été recueillie sur un homme dont on ignore les antécédents; on sait seulement qu'en 1848 il reçut dans le bassin, une balle dont le trajet resta longtemps fistuleux; mais au moment de l'autopsie, ce trajet était complétement fermé.

La tête du fémur correspond, par sa partie moyenne, à l'épine iliaque antéro-inférieure; elle a conservé à peu près son volume normal, et remplit en grande partie l'échancrure qui sépare les deux épines iliaques antérieures, en même temps qu'elle fait saillie à la fois dans les fosses iliaques interne et externe. C'est dans cette position que la tête fémorale s'est soudée, et l'ankylose est complète, c'est-à-dire qu'après avoir pratiqué à travers la tête un trait de scie antéro-postérieur, il est impossible de tracer une ligne de démarcation entre les cellules spongieuses de la tête fémorale et celles de l'os iliaque.

Le grand trochanter, par son sommet, correspond à la face externe de l'os iliaque au niveau du bord supérieur de l'échancrure ischiatique, et il s'est également soudé au niveau de ce point. L'ankylose est double, et il existe entre les deux soudures un espèce de pont formé par le col du fémur.

Le membre inférieur était porté dans la flexion, l'abduction et la rotation; la ligne âpre du fémur regarde directement en dedans. La cavité cotyloïde était comblée par de la graisse.

(M. Foville, *Bull. de la Soc. anat.*, 1855, t. XXX, p. 90.)

N° 754 *c*. — Os iliaque droit, avec la partie supérieure du fémur; luxation du fémur récente en haut et en avant, sus-cotyloïdienne.

Cette pièce provient d'un jeune garçon de 3 ans 1/2 qui est tombé d'un troisième étage. Les parties molles ont été disséquées et sont conservées. Il existait un grand nombre d'autres lésions, entre autres une luxation des deux os de l'avant-bras isolément, du radius en avant, du cubitus en arrière, n° 733 *e*. Le blessé est mort dans la nuit qui a suivi son accident.

Le membre inférieur luxé, était comme on peut le voir sur la pièce, dans l'extension et en rotation en dehors, avec une légère adduction. La mensuration, faite entre l'épine iliaque antéro-postérieure et l'angle interne de la rotule, donnait 37 centimètres du côté sain, et 35 du côté malade. La cuisse était arrondie; sa circonférence à la racine était augmentée de 3 centimètres, la saillie trochantérienne avait disparu, le pli fessier était relevé.

La tête du fémur, portée en haut et en avant, a subi une rotation de près d'un quart de cercle en dehors; elle est recouverte par les fibres du muscle iliaque, entre le ligament de Fallope, qui en est éloigné environ de 1 centimètre, le muscle couturier et le nerf crural.

La cavité digitale regarde directement en avant; le doigt, enfoncé immédiatement en dedans de la tête, tombe en dehors de l'éminence iléo-pectinée; par conséquent, la tête est notablement en dehors de cette saillie osseuse. La saillie de l'épine iliaque antéro-supérieure se trouve juste au-dessus de la tête, de telle sorte que la verticale partant de l'épine, passe par le tiers externe de la tête. En contournant celle-ci avec le doigt porté en dedans d'elle et un peu en bas, on arrive, à travers une large déchirure de la capsule, dans la cavité cotyloïde; on y sent les débris du ligament rond, et on reconnaît que la tête est presque tout entière en regard de la cavité cotyloïde qu'elle déborde en haut d'un demi-centimètre, s'appuyant sur la partie supérieure du bourrelet cotyloïdien qui est refoulé vers la cavité. La partie externe de ce sourcil, au niveau de l'échancrure ilio-ischiatique, est en rapport avec la partie postérieure du col fémoral, dans le cul-de-sac formé par l'insertion du manchon articulaire. Le manchon lui-même est rompu en avant dans toute la portion comprise entre le ligament de Bertin, et une large ouverture normale de communication avec la bourse du psoas. La capsule est intacte en dehors et en arrière; le ligament de Bertin est fortement tendu; il contourne la tête en dehors, pressant sur le col et l'immobilisant devant l'échancrure ilio-ischiatique du sourcil cotyloïdien.

Quant aux muscles, voici leurs relations avec la tête : celle-ci s'est placée à la partie externe de la gaîne du psoas, en déchirant les fibres les plus externes de sa portion iliaque; elle est en dehors, en rapport immédiat avec le tendon droit antérieur et le couturier. Le tendon du psoas et les fibres les plus internes de l'iliaque ont été refoulés en dedans, et se sont interposés entre la tête et la gaîne des vaisseaux fémoraux. Le pectiné est intact. Quant aux fibres moyennes de l'iliaque, elles coiffent toute la partie antérieure et interne de la tête fémorale qu'elles recouvrent complétement, sauf au niveau de la cavité, où existe une boutonnière formée dans le muscle par déchirure et par écarte-

tement, laisse passer le ligament rond brisé en son milieu. Le nerf crural passe sur la tête, justement en dedans de ce ligament, et les filets qu'il envoie au triceps croisent en sautoir les fibres de l'iliaque.

En arrière, on voit que le bord postérieur du grand trochanter s'appuie sur la surface carrée de l'ischion; le nerf sciatique n'est séparé de la face interne du grand trochanter, que par les insertions des muscles pelvi-trochantériens qui sont sains.

Lorsqu'on cherche sur la pièce ce qui maintient la tête luxée, on constate que le col est pris entre le sourcil et le ligament de Bertin, comme dans une boutonnière moitié osseuse, moitié fibreuse. L'axe de rotation de l'os est précisément en ce point, tant que les mouvements imprimés sont peu étendus; mais il se déplace, aussitôt qu'en exagérant les mouvements on vient à faire toucher, soit en dedans la tête contre le sourcil cotyloïdien, soit en dehors le bord postérieur du grand trochanter contre la surface carrée de l'ischion. Alors l'axe de rotation se trouvant éloigné de la ligne des deux insertions du ligament de Bertin, la boutonnière se rétrécit et serre l'os assez fortement pour limiter la rotation. Cette action est surtout manifeste, quand on cherche à faire rentrer la tête dans sa cavité par un mouvement simple de rotation en dedans.

Pour obtenir la réduction il faut évidemment : 1° dégager la tête en la faisant descendre au-dessous du bourrelet cotyloïdien, de façon qu'elle porte à faux devant la cavité articulaire; 2° relâcher alors le ligament de Bertin, en même temps qu'on fait subir à l'os un mouvement de rotation en dedans. On y arrive sur la pièce au moyen des manœuvres suivantes : une traction légère jointe à un certain degré de flexion, fait descendre la tête sans tendre le ligament de Bertin; alors il est facile de la faire rentrer dans le cotyle, en associant le refoulement direct par la main à la rotation en dedans, pendant que l'on continue le mouvement de flexion. Cette manœuvre n'exige aucun déploiement de force.

(M. Panas, *Bull. de la Soc. anat.*, 1872, 2me série, t. XVII, p. 176.)

N° 755. — Os coxal droit avec la partie supérieure du fémur; luxation en bas et en arrière ischiatique.

Cette pièce, qui est sans renseignements, est néanmoins intéressante, au point de vue de la variété de luxation. Si on en juge par l'état des os, l'individu a dû succomber peu de temps après la production de la luxation. La cavité cotyloïde est fermée par les débris de la capsule fibreuse. La tête fémorale est placée en arrière directement de la cavité cotyloïde, sur la base de l'épine

ischiatique. Cette tête est volumineuse, nullement déformée, et enveloppée de débris musculaires, qui sont en haut le moyen fessier, et très-probablement le pyramidal; il est à regretter qu'on ne puisse le vérifier exactement. Dans cette variété de luxation la tête me paraît devoir toujours s'échapper au-dessous de ce muscle. Le fémur a éprouvé un mouvement de rotation qui a porté le grand trochanter en avant, le petit en arrière et la ligne âpre en dehors.

N° 755 a.— Os iliaque gauche avec tout le squelette du membre inférieur correspondant; luxation du fémur dans l'échancrure sciatique, déformation consécutive de tout le membre inférieur.

Cette pièce provient d'un homme de 50 ans environ, qui avait été apporté dans les amphithéâtres de dissection de l'École pratique.

Ce membre, comparé à celui du côté droit, présentait une énorme diminution de longueur; en les disséquant comparativement tous les deux, M. Broca a pu s'assurer qu'il y avait 9 centimètres de raccourcissement du côté gauche, dont 6 portaient sur la cuisse et 3 sur la jambe. Il existe une double lésion du genou et de la hanche.

Le genou très-déformé, est remarquable par la saillie en dedans du condyle interne du fémur, et en dehors du condyle externe du tibia. La face articulaire supérieure du tibia, au lieu d'être horizontale, est oblique de haut en bas, de dehors en dedans, d'où résulte que le fémur fait avec lui un angle obtus, dont le sommet est dirigé en dehors. Cette déviation qui résulte d'un coude qui siége au niveau de l'épiphyse tibiale supérieure, rend compte d'une partie du raccourcissement de 3 centimètres, que j'ai dit exister à la jambe. A 3 centimètres au-dessous de l'interligne fémoro-tibiale, la face interne de ce dernier os est déformée, élargie, rugueuse, et était adhérente à une ancienne cicatrice de la peau.

L'articulation du genou à son intérieur ne présentait aucune trace d'inflammation, les cartilages étaient normaux et la capsule synoviale était lisse, nullement épaissie; les extrémités osseuses ne sont du reste, comme on peut s'en assurer par l'examen de la pièce, ni gonflées, ni rugueuses. La seule disposition anormale que l'on rencontre dans cette articulation, est une subluxation latérale; les condyles du tibia ne sont plus en rapport qu'avec la moitié externe des condyles correspondants du fémur. Les ligaments latéraux et croisés sont conservés, ils sont un peu allongés, ce qui permettait de faire exécuter à la jambe un mouvement de rotation assez considérable, même lorsqu'elle était étendue sur la cuisse.

Du côté de la hanche, les désordre sont plus étendus. Avant toute dissection, M. Broca avait constaté que le membre était dans la rotation en dedans, et il reconnaissait dans la profondeur de la fesse une tumeur formée par la tête fémorale, ce qui lui avait fait diagnostiquer une luxation iliaque à cause de l'étendue du raccourcissement.

La dissection a permis de constater en effet que la tête du fémur correspondait à la partie la plus élevée de l'échancrure ischiatique; elle est recouverte et maintenue dans cette nouvelle position par une capsule fibreuse assez régulière, mais mince. La tête, pour arriver dans cette position, a passé d'abord entre le bord inférieur des muscles obturateur et jumeau inférieur, et le bord supérieur du carré crural. C'était là le déplacemant primitif; alors sans doute, comme le fait observer M. Broca, il y avait allongement du membre, la tête étant située sur l'ischion, au-dessous de la cavité cotyloïde. Mais plus tard, par suite de la marche selon toute probabilité, la tête s'est élevée en refoulant devant elle l'obturateur interne et les jumeaux, et s'est placée en dehors du muscle pyramidal et du muscle moyen fessier. Elle a pu remonter ainsi jusqu'au niveau de l'échancre sciatique.

La tête est dirigée en arrière; le grand trochanter repose à plat sur la cavité cotyloïde, et le muscle pyramidal, ainsi que le bord inférieur du muscle moyen fessier, forment une espèce de sangle qui s'oppose à une élévation plus considérable de la tête du fémur.

La capsule fibreuse mince qui entoure la tête du fémur, ne s'insère que très-imparfaitement sur le pourtour de la cavité cotyloïde; sa partie supérieure seule va s'y insérer directement : en bas, cette capsule s'épaissit, devient irrégulière et s'implante sur l'ischion. Le ligament rond n'a pu être retrouvé. La cavité cotyloïde est en partie effacée, ses bords sont affaissés; on n'y retrouve ni le bourrelet cotyloïdien, ni le bout supérieur du ligament rond qui a dû être rompu. Un bouchon fibreux comble ce qui reste de cette cavité, dont la circonférence est parfaitement circulaire, quoique son diamètre soit devenu très-inférieur à celui de la tête du fémur qui est restée normal.

(Professeur Broca, *Bull. de la Soc. anat.*, 1850, t. XXV, p. 179.)

N° 736. — Os iliaque gauche, qui porte les traces d'une luxation ischiatique.

L'os iliaque dans tout son ensemble est peu altéré, le pubis et ses branches ont subi une légère atrophie. La cavité cotyloïde a une forme ovolaire, dont le plus grand diamètre est de haut en bas et de dehors en dedans. Sur le rebord postérieur de la cavité cotyloïde, se trouve une incrustation osseuse, qui contribue

à rétrécir la cavité, et pendant quelque temps a dû être en contact avec la tête fémorale. Plus en arrière et sur la même ligne se trouvent trois autres plaques osseuses, dont la plus étendue comble en partie l'échancrure ischiatique. C'est probablement avec cette nouvelle cavité secondaire, que la tête du fémur était venue se mettre en contact.

N° 757. — Os coxal droit, avec la moitié supérieure du fémur; luxation en bas et en avant dans le trou ovalaire, avec ankylose.

L'ankylose sur cette pièce s'est produite par suite de l'ossification des éléments fibreux et de certaines fibres musculaires. L'extrémité fémorale luxée, est située au niveau du trou obturateur, elle n'est pas déformée sensiblement; l'extrémité inférieure du fémur se trouve regarder en haut, le grand trochanter et la tête en bas, le petit trochanter en avant, la partie interne du fémur est antérieure, l'externe postérieure. Cet os a donc en outre de son écartement de la ligne médiane, éprouvé un mouvement de rotation sur son axe. Cette lésion qui est survenue chez un carrier, était consécutive à un éboulement de terre. M. Stanki dans son observation, ne dit pas quelle était la position de cet homme lorsque l'accident est arrivé, il a survécu dix ans, il marchait accroupi, en courbant son corps sur le membre qui n'était pas luxé, de manière à y reporter une grande partie de son centre de gravité.

Trois adhérences principales soudent l'os iliaque au fémur; la plus considérable part de l'épine iliaque antéro-inférieure et du sourcil cotyloïdien, pour aller se jeter sur la face antérieure de la diaphyse fémorale, un peu au-dessous de la base du grand trochanter, elle est triangulaire. La seconde adhérence a lieu au niveau du muscle pectiné, elle est directe avec la tête du fémur qui est en outre embrassée par un cercle osseux très-régulier et léger; ce cercle part de l'os pectiné pour aller gagner la tubérosité de l'ischion; dans son trajet il adhère un peu à la tête et au col; il est probable que c'est un débris de la capsule fibreuse qui s'est ossifié. La troisième et dernière adhérence, consiste en des ossifications assez développées, qui unissent le grand trochanter par sa partie la plus interne au sourcil cotyloïdien. La cavité ancienne sous ces productions osseuses, a conservé sa forme et sa capacité.

(M. Stanski, *Soc. anat.*, 1837, p. 296.)

N° 757 a. — Moitié latérale gauche du bassin, avec la partie supérieure du fémur; luxation en bas et en avant; ovalaire.

Cette luxation a été produite dans des expériences sur le ca-

davre; la tête du fémur fortement portée en dedans, est située à la partie interne du trou obturateur, près de la symphyse pubienne. Le fémur est dans une rotation forcée en dedans, et le sommet du grand trochanter qui est en bas et en arrière, est au contact de la face externe de la tubérosité de l'ischion, tandis que le petit trochanter est dirigé en haut et en avant. La capsule articulaire a été arrachée du sourcil cotyloïdien, à sa partie inférieure et postérieure.

(Professeur Malgaigne.)

N° 757 *b*. — Os coxal gauche avec la partie supérieure du fémur; luxation en bas et en avant: ovalaire.

Cette pièce provient d'un individu jeune encore, car les trois portions de l'os iliaque ne sont point soudées, ainsi que l'épiphyse supérieure du fémur. Cette luxation a été produite dans des expériences sur le cadavre, la capsule a été largement déchirée dans sa partie antérieure, et la tête du fémur sortie de la cavité cotyloïde, repose sur le bord interne du sourcil cotyloïdien. A l'inverse de la pièce précédente, le déplacement est peu considérable, et le fémur est porté dans l'abduction et la rotation en dehors; de sorte que le sommet du grand trochanter se confond avec la partie externe de la tubérosité de l'ischion.

(Professeur Malgaigne.)

N° 758. — Portion d'os coxal gauche, avec le fémur; luxation coxo-fémorale en haut dans la fosse iliaque externe.

Cette pièce est en assez mauvais état de conservation. La cavité cotyloïde dépourvue de son cartilage est atrophiée dans son fond, le sourcil usé dans son quart supérieur ressemble à un croissant. Au-dessus de cette usure se remarque un cercle de végétations osseuses, qui commence au niveau de la tubérosité de l'ischion et vient aboutir à l'épine iliaque antéro-inférieure. Ces végétations forment une nouvelle articulation, et la voûte qu'elles constituent est à concavité inférieure; elles s'avancent à une distance de 9 centimètres. Cette espèce de voûte osseuse est constituée par deux couches, et paraît formée par l'ossification des fibres musculaires de cette région. Les muscles fessiers ont été le siége de dépôts calcaires ainsi que le pyramidal qui forme une espèce de lame qui s'étend jusque dans l'échancrure sciatique.

La tête fémorale est usée, taillée en biseau aux dépens de sa partie inférieure, la surface oblique qu'elle forme est concave de haut en bas, et convexe transversalement le long de la ligne âpre. Les insertions inférieures du muscle grand adducteur, ont subi une dégénération osseuse dans une étendue de 13 à 14 centimètres.

ORDRE 2.

Luxations du genou

Le nombre des pièces relatives aux luxations du genou est de dix, du n° 759 au n° 760 *c* inclusivement; sur ce chiffre deux pièces n^{os} 759 *b* et 759 *c*, sont des moulages de la pièce n° 759 *a* représentée dans différentes positions.

Quatre pièces n^{os} 759, 759 *a*, 759 *d* et 759 *e*, se rapportent à des luxations de la rotule en dehors; pour une, n° 759, la luxation est incomplète, pour les trois autres elle est complète.

Quatre pièces sont relatives à des luxations incomplètes du tibia, pour le n° 760 la luxation est en arrière, la pièce n° 760 *a* est un exemple de luxation incomplète du tibia en dehors, avec luxation complète de la rotule dans cette même direction. Les deux autres pièces n° 760 *b*, 760 *c*, sont des exemples de luxation complète du tibia en dehors.

N° 759. — Portion inférieure du fémur gauche, avec la partie supérieure du tibia et du péroné; luxation incomplète de la rotule en dehors.

La jambe est en flexion forcée sur la cuisse, et la rotule, portée en dehors et obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, dépasse en dehors le condyle externe du fémur, tandis quelle laisse à découvert la totalité du condyle interne.

N° 759 *a*. — Membre inférieur gauche; luxation latérale externe ancienne de la rotule.

La jambe est en flexion forcée sur la cuisse, et la rotule est appliquée, par sa face articulaire, sur la face externe du condyle externe du fémur, ayant son bord interne dirigé en avant. Le ligament rotulien qui est allongé est obliquement dirigé de bas en haut, de dedans en dehors et un peu d'avant en arrière. Les muscles de la partie antérieure de la cuisse sont un peu atrophiés, et ont subi en partie la dégénérescence graisseuse.

La partie supérieure du tibia est légèrement contournée de de-

dans en dehors, et d'avant en arrière, le péroné est grêle et atrophié dans toute sa longueur.
(Professeur Verneuil.)

N° 759 *b*. — Moule en plâtre de la pièce précédente n° 759 *a*, de luxation complète de la rotule en dehors.

La jambe étant dans la demi-flexion, la rotule fait une saillie considérable à la face externe du condyle externe du fémur.
(Professeur Verneuil.)

N° 759 *c*. — Moule en plâtre d'une luxation complète de la rotule en dehors.

La jambe est dans l'extension ; on distingue un relief considérable fait par la rotule à la partie externe du condyle externe du fémur ; même pièce que le n° 759 *a*.
(Professeur Verneuil.)

N° 759 *d*. — Moitié inférieure du fémur droit, avec la rotule, la partie supérieure du tibia et du péroné ; luxation ancienne complète de la rotule en dehors.

Cette pièce provient d'un homme de 71 ans, la luxation datait de quinze ans, le malade marchait néanmoins bien, et ne s'apercevait guère de son accident. Il ne boitait pas et donnait assez facilement un coup de pied en avant.

La rotule est complétement luxée en dehors, et son bord interne est éloigné de plus d'un centimètre du rebord antérieur du condyle du fémur. La capsule fibreuse était intacte, en dedans elle était amincie, éraillée et tendue de manière à donner aux bandes fibreuses qui sont d'inégale épaisseur, une direction transversale très-marquée. En dehors, elle est très-épaisse, plissée et cependant si résistante, qu'il est impossible de déplacer la rotule jusqu'à lui faire atteindre la crête antérieure du condyle externe du fémur. Les fibres musculaires du triceps qui s'ensèrent au tendon rotulien, sont dirigées en dehors, comme roulées en faisceaux et débordent celles du vaste externe.

La rotule qui est moins épaisse qu'à l'état normal, est notablement déformée, Placée de champ sur le côté du condyle externe du fémur, elle a la forme d'un triangle irrégulier, dont la pointe est en avant et la base en arrière. Le fémur a subi un mouvement de torsion sur son axe de dehors en dedans, le tibia en a éprouvé un en sens inverse, le bord antérieur du condyle

externe du fémur présente une crête osseuse en arrière de laquelle est la rotule.

(M. Voillemier, *Clinique chirurgicale*, p. 409.)

N° 759 e. — Modèle en plâtre du genou droit, représentant une luxation ancienne latérale externe complète de la rotule.

Cette pièce a été moulée sur un homme de 24 ans, et la luxation datait de douze ans. La rotule fait un relief très-sensible sur la face externe du condyle externe du fémur.

(Professeur Broca, 1866.)

N° 760. — Articulation du genou gauche; luxation incomplète du tibia en arrière.

Cette pièce a été déposée sans renseignements ; mais la luxation paraît ancienne, à en juger surtout par l'os sésamoïde en forme de coin, qui s'est développé entre le tibia et le fémur au côté externe.

La jambe est fléchie à angle droit, et ne paraît pas pouvoir s'étendre d'avantage. Les condyles fémoraux font saillie en avant, leur partie antérieure est rugueuse, et ne servait plus très-probablement aux mouvements de la rotule. Le tibia porté en arrière est à découvert dans les deux tiers postérieurs de ses surfaces articulaires ; il a en outre éprouvé un mouvement de rotation en dehors. La rotule est placée au-dessous des condyles fémoraux.

N° 760 a. — Moitié inférieure du fémur gauche, avec la rotule, la partie supérieure du tibia et du péroné; luxation pathologique incomplète du tibia en dehors, avec luxation complète de la rotule dans le même sens.

Cette pièce provient d'une fille publique, âgée de 25 ans, qui était entrée à l'hôpital Saint-Lazare, pour un petit chancre de la vulve. Pendant qu'on cherchait à lui exciser des végétations, l'aide chargé de tenir le membre gauche, afin de faciliter l'opérateur, dut tourner avec force ce membre en dehors. Ce mouvement fut très-douloureux et arracha des cris à la malade. C'est à cette circonstance que dans son observation, M. Fleury rattache le début de l'altération ; il admet qu'à la suite de la distension forcée des ligaments, il se serait développé une inflammation très-intense qui, au bout de trois mois, aurait nécessité l'amputation du membre, opération à laquelle la malade a succombé.

On constate sur cette pièce, que le tibia a subi un mouvement de rotation en dehors et en arrière tel, que son condyle externe est à nu en arrière, la tubérosité antérieure est recouverte par le condyle externe du fémur, et son condyle interne a subi une rotation sur place. La rotule est appliquée sur la face externe du condyle fémoral externe, par suite le ligament rotulien est devenu très-oblique. Les surfaces articulaires à l'état frais, présentaient les traces profondes d'une inflammation intense, les ligaments croisés, les cartilages semi-lunaires et la membrane synoviale étaient transformés en une bouillie sanguinolente. Les ligaments croisés étaient altérés, l'externe était distendu, l'interne au contraire, était tellement rétracté qu'il ne présentait plus guère que la moitié de sa longueur.

(M. Fleury, *Arch. gén. de méd.*, 1837, t. XIV, p. 191.)

N° 760 *b*. — Portion inférieure du fémur droit, avec la rotule, la partie supérieure du tibia et du péroné; luxation latérale externe incomplète du tibia.

Cette pièce, qui est sans renseignements, présente les altérations suivantes : le tibia a éprouvé un mouvement de rotation sur son axe de dedans en dehors, d'un quart de cercle environ; d'où résulte que sa face interne regarde en avant, son bord antérieur en dehors; ces os proéminent en dehors et en arrière du condyle externe du fémur. Le fémur fait saillie en avant et à la partie interne du tibia, dont le condyle consolidé paraît avoir été fracturé et s'est abaissé au-dessous de l'externe de 1 centimètre environ. La rotule, qui est oblique de bas en haut et de dehors en dedans, n'a plus de contact qu'avec le condyle fémoral externe qu'elle déborde légèrement en dehors.

(Professeur Malgaigne.)

N° 760 *c*. — Portion inférieure du fémur droit, avec la partie supérieure du tibia et du péroné; luxation latérale externe du tibia incomplète et probablement pathologique.

Cette pièce, qui est sans renseignements, présente une altération de structure très-prononcée des extrémités articulaires, qui témoigne d'une grande vascularisation avec de nouvelles sécrétions périostiques. Prenant le tibia comme point fixe, le fémur aurait subi un déplacement considérable ; l'échancrure intercondylienne de cet os est à cheval sur le bord interne du condyle interne du tibia, et la face interne du condyle externe, repose à plat sur la facette articulaire du condyle tibial. La face supérieure du condyle externe du tibia est libre. La jambe est dans une demi-flexion.

La face externe du condyle interne du fémur est en contact avec la face interne du condyle du tibia. Ces os sont ankylosés dans cette position vicieuse qui devait rendre la marche impossible.
(M. Huguier, 1857.)

ORDRE 3.

Luxations de l'articulation tibio-tarsienne et du pied.

Vingt-huit pièces, du n° 761 au n° 771 inclusivement, se rapportent à ses luxations; six occupent l'articulation tibio-tarsienne. Le n° 761 est un exemple de luxation du tibia en dedans avec fracture du péroné. Sur la pièce n° 761 *c* la luxation est également en dedans et avec fracture du péroné, mais un peu en avant; et, de plus, elle est incomplète. Le n° 761 *a* est un exemple reproduit en cire, de luxation incomplète en dedans. La pièce n° 761 *b* est un exemple de luxation latérale externe incomplète du tibia et du péroné en dehors, et les n^{os} 761 *d* et 761 *e* sont des exemples de luxation du tibia et du péroné en avant avec fracture des deux malléoles. La pièce n° 761 *c* est la reproduction en plâtre de la pièce précédente avant dissection.

Onze pièces sont relatives aux luxations de l'astragale; chacune d'elles constitue autant de variétés distinctes. La pièce n° 762 est un exemple de luxation sous-astragalienne incomplète en dedans et en avant. Les pièces n^{os} 762 *a* et 762 *b* sont des luxations de l'astragale par rotation autour de son axe vertical, avec luxation du cuboïde en bas vers la face plantaire. Le n° 762 *b* est la représentation en plâtre de l'aspect du pied avant dissection. La pièce n° 762 *c* est un exemple de luxation sous-astragalienne par renversement en dehors. Les n^{os} 762 *d*, 762 *e* sont des exemples de luxation complète de l'astragale en haut et en dehors sur la face dorsale du pied. Le n° 762 *f* est un dessin représentant la disposition du pied après l'extraction de l'astragale luxé. La pièce n° 762 *g* est un exemple rare de luxation sous-astragalienne avec fracture du col de cet os, et rotation de la trochlée de l'astragale au-

tour de son axe transversal, avec subluxation de la tête de l'astragale sur le scaphoïde. La pièce n° 762 *h* est un exemple de luxation de la tête de l'astragale seule en haut et en dehors, sur le scaphoïde. La pièce n° 762 *i* est un exemple de luxation de l'astragale, dans lequel le tendon du muscle jambier postérieur a été le principal obstacle à la réduction. La pièce n° 763 *a* est un exemple rare de luxation du scaphoïde en haut sur les trois cunéiformes.

Deux pièces n^{os} 764 et 764 *a* sont des exemples de luxation des métatarsiens. Sur la première, tous les métatarsiens sont luxés ; sur la seconde n° 764 *a* la luxation porte sur les quatre premiers.

La pièce n° 764 *c* est un exemple de luxation incomplète du gros orteil en dehors.

Les pièces n^{os} 765, 766, 767, 768, 769, 770 sont des exemples de déviations ou de positions vicieuses du gros orteil en dehors. Sur trois de ces pièces, n^{os} 765, 767, 768, le gros orteil est placé au-dessus ; sur les trois autres il est au-dessous. Enfin la pièce n° 771 est relative à la déviation du petit orteil en dedans.

N° 761. — Moitié inférieure de la jambe droite, avec le pied; luxation de l'extrémité inférieure du tibia en dedans, avec fracture du péroné.

Cette pièce, qui n'a subi aucune dissection, a été plongée dans une dissolution de sublimé et momifiée.

L'extrémité inférieure du tibia, fortement portée en dedans, a passé à travers une déchirure considérable de la peau, qui présente environ 9 centimètres de longeur. La saillie que fait le tibia en dedans du pied descend presque jusqu'au niveau de la voûte plantaire, et on constate que la malléole interne, qui a été arrachée à sa base, est restée au contact de l'astragale. La saillie que fait le tibia, en dehors de la peau qui est rétractée sur lui, est de 4 centimètres en avant et en dedans, de 3 centimètres en arrière, et de 5 centimètres en avant. Le péroné a été fracturé à environ 7 centimètres au-dessus de la malléole externe, et au niveau de la solution de continuité, existe une dépression assez profonde, coup de hache de Dupuytren. Le pied, porté dans la rotation en dehors, repose presque sur son bord interne.

(M. Thierry, 1841.)

N° 761 *a*. — Modèle en cire d'une luxation latérale interne incomplète, du pied droit en dedans.

Cette pièce a été donnée sans renseignements. On constate que le tibia fait en dedans du pied une légère saillie; mais, d'après l'aspect du coude-pied, il est impossible de préciser le siége et la nature du déplacement.

(Professeur Gerdy.)

N° 761 *b*. — Portion du tibia et du péroné droit, avec les os du tarse; luxation latérale externe incomplète des deux os de la jambe, avec subluxation et diastasis de plusieurs os du tarse.

Le tibia et le péroné se sont légèrement inclinés en dehors, tandis que le pied et en particulier l'astragale se sont inclinés en dedans, en même temps que l'avant-pied s'est abaissé. Le pied a éprouvé un léger mouvement de rotation sur son axe de dehors en dedans, mouvement auquel le calcanéum ne paraît point avoir pris part. La portion articulaire du tibia a été fracturée obliquement à sa partie moyenne, de bas en haut et de dehors en dedans; il s'est donc détaché de cette extrémité une esquille triangulaire à base inférieure, qui comprend en même temps qu'une moitié de la poulie articulaire, la malléolaire interne; ce fragment osseux a été perdu. La face supérieure de l'astragale, tournée légèrement en dedans, n'a plus aucun rapport avec le tibia, et toutes les articulations astragaliennes et scaphoïdiennes sont disjointes, écartées: la tête de l'astragale fait en grande partie saillie au-dessus du scaphoïde. Le cuboïde est à demi luxé en bas et en dehors sur le calcanéum qui fait en haut, une saillie de 1 centimètre. Le troisième cunéiforme n'a plus de contact avec le scaphoïde, qui est porté en dedans; la moitié postérieure et externe du second cunéiforme présente une diastasis assez considérable. Il est est à regretter qu'il n'existe aucuns renseignements sur cette pièce; le malade paraît avoir survécu avec cette lésion qui a probablement nécessité l'amputation sus-malléolaire. On trouve à la partie interne du tibia, un peu au-dessus du sommet du fragment triangulaire qui a été détaché du tibia, une petite exostose produite par des sécrétions sous-périostiques. La partie inférieure du tibia est très-vascularisée.

(Professeur Malgaigne.)

N° 761 *c*. — Portion inférieure du tibia et du péroné droit, avec le pied; luxation incomplète du tibia en dedans et en avant, avec fracture du péroné au-dessus de la malléole.

Le pied est dans une extension forcée, le calcanéum est très-

relevé ; l'articulation tibio-tarsienne s'est ankylosée dans cette position vicieuse. Il est aujourd'hui très-difficile de pouvoir déterminer l'état de certains os du tarse, qui doivent avoir été fracturés et peut-être même déplacés. L'amputation du membre a été pratiquée neuf mois après l'accident.

(Professeur Jobert de Lamballe.)

N° 761 *d*. — Les trois quarts inférieurs du tibia et du péroné droit, avec le pied; luxation du tibia et du péroné en avant, avec fracture des deux malléoles.

Cette pièce provient d'une femme de 37 ans, qui est tombée sur un plan très-incliné; elle a glissé du pied droit tandis que le pied gauche était porté en avant, et elle s'est affaissée sur elle-même. Le médecin appelé crut à une fracture des os de la jambe; divers appareils furent successivement appliqués. Le pied était dans l'extension forcée, à ce point que, la face antérieure de la jambe et le dos du pied étaient sur un même plan, la pointe du pied était portée un peu en dehors et le talon en dedans. Quatre mois après l'accident, il se développa une escharre, et l'on voit sur le moule en plâtre que l'extrémité inférieure du tibia faisait saillie à travers la peau; que l'articulation tibio-tarsienne est largement ouverte en avant ; cinq mois après l'accident, on pratiqua l'amputation de la jambe dans le lieu d'élection, au tiers supérieur.

On constate sur cette pièce que le tibia est complétement passé en avant de la poulie de l'astragale; le bord postérieur de la mortaise tibiale repose sur le col de l'astragale, d'où résulte pour le pied une extension forcée de la jambe; il existe en outre plusieurs fractures. La malléole interne est détachée à sa base, ainsi que la malléole externe; ces deux portions osseuses sont obliquement dirigées d'avant en arrière, et par suite de ce mouvement, elles ont à peu près conservé leurs rapports avec les deux faces articulaires de l'astragale. Le bord postérieur de la surface articulaire du tibia a été écrasé, les fragments multiples qui en sont résultés, unis à la malléole interne, occupent la position normale de ce bord. Toutes ces fractures, qui paraissent avoir eu lieu principalement par arrachement, sont aujourd'hui consolidées dans leur position vicieuse avec le tibia. Le ligament péronéo-astragalien antérieur était rompu, un faisceau du ligament latéral interne a arraché un fragment de la pointe de cette malléole.

(Professeur Nélaton.)

N° 761 *e*. — Moule en plâtre, avant dissection, de la pièce précédente n° 761 *d*.

(Professeur Nélaton.)

N° 762. — Portion inférieure du tibia et du péroné gauche, avec le tibia; luxation sous-astragalienne incomplète en dehors et en avant.

Cette pièce provient d'un homme de 57 ans, la luxation étant irréductible, on pratiqua l'amputation de la jambe.

On constate sur cette pièce que l'astragale a conservé ses rapports normaux avec le tibia, mais il est luxé sur le scaphoïde et le calcanéum à la fois. En se déplaçant, l'astragale s'est porté en dedans et un peu en avant, de sorte que sa tête fait saillie au-dessus de la face interne du scaphoïde. La rainure du col longe le bord tranchant de la cavité du scaphoïde. L'angle postérieur ou crochet de l'astragale, pénètre dans la rainure profonde qui sépare l'une de l'autre les deux facettes articulaires du calcanéum. Le ligament sous-astragalien, le ligament deltoïdien et le ligament astragalo-scaphoïdien étaient rompus, le ligament calcanéo-cuboïdien présente une petite éraillure, mais n'est point entièrement déchiré. La pointe de la malléole interne a été rompue et est restée au contact du cacalnéum par l'intermédiaire de son ligament postérieur qui est conservé.

(Professeur Nélaton, *Soc. anat.*, 1835, p. 38.)

N° 762 *a*. — Moitié inférieure du tibia et du péroné gauche, avec le pied; luxation de l'astragale par rotation autour de son axe vertical, avec luxation du cuboïde en bas vers la face plantaire du pied.

Cette pièce intéressante qui est sans renseignements a été trouvée dans les amphithéâtres de dissection. A cause de son importance j'ai cru devoir reproduire cette observation dans son entier. Il existait un aplatissement très-considérable du pied, la distance comprise entre les malléoles et la face plantaire était notablement diminuée. L'axe du pied formait avec celui de la jambe un angle droit, le bord interne était légèrement élevé, de sorte que le dos du pied regardait un peu en dehors. La saillie du tendon d'Achille était effacée, et il existait en arrière une surface aplatie assez large.

Les mesures prises comparativement à gauche et à droite ont donné les résultats suivants:

De l'épine iliaque à la malléole interne:

A gauche. . . . . 0.89 centimètres.
A droite. . . . . 0.86 —

De l'épine iliaque à la malléole externe:

Des deux côtés. . . . . 0.87 centimètres.

D'une malléole à l'autre, en passant sur le coude-pied:

A gauche. . . . . 0.17 centimètres.
A droite . . . . . 0.13 —

D'une malléole à l'autre, en passant sous la plante des pieds:

A gauche. . . . . 0.14 centimètres.
A droite . . . . . 0.19 —

La peau du pied ne présentait aucune cicatrice; après l'avoir enlevée, M. Foucher a constaté que les tendons des extenseurs des orteils étaient soulevés, le tendon du jambier antérieur faisait surtout une saillie considérable, et celui du jambier postérieur passait en avant de la malléole interne. Les artères étaient intactes, seulement la tibiale postérieure comme le tendon du jambier, passait en avant de la malléole interne. Le tendon du soléaire était appliqué contre la face postérieure des os de la jambe. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne étaient très-limités.

L'astragale a subi sur son axe vertical un mouvement de rotation, en vertu duquel la tête de l'os, après avoir abandonné la cavité scaphoïdienne, est venue se placer immédiatement au-dessous de la malléole interne, où elle forme une saillie qui se continue avec celle de la malléole, à laquelle elle adhère par un lien fibreux très-épais. La poulie astragalienne correspond encore à la mortaise tibiale, au-dessous de laquelle elle est transversalement située. La face externe de l'astragale regarde en haut, et est séparée de la face postérieure du scaphoïde par un hiatus profond, rempli de tissu cellulo-graisseux. La face interne est tournée en arrière, et fait suite à la face postérieure de l'extrémité inférieure du tibia. Le bord postérieur de l'astragale est tourné tout à fait en dehors, et présente un véritable canal, dans lequel glisse le tendon du fléchisseur commun. La face inférieure ne correspond plus au calcanéum que par sa moitié postérieure.

Le calcanéum situé immédiatement au-dessous du péroné, a une direction oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans; son extrémité postérieure se trouve au niveau des os de la jambe. Sa face supérieure, qui, dans l'état normal, correspond à l'astragale, est recouverte par la malléole externe, singulièrement élargie et déformée. Les bords de cette face sont irréguliers, et dejetés en dehors; ils tiennent au pourtour de la malléole par une capsule fibreuse. L'extrémité antérieure du calcanéum est reportée en dedans, et présente en avant une dépression au fond de laquelle se voit le cuboïde. Cet os que l'on n'aperçoit plus sur la face dorsale, apparaît à la face plantaire, où il forme une saillie

considérable. Sa face postérieure correspond encore par sa moitié supérieure à la face antérieure du calcanéum. Les faces antérieure, interne et externe, sont à peu près complétement libres. L'extrémité postérieure du cinquième métatarsien fait une saillie plus considérable qu'à l'état normal.

(M. Foucher, *Soc. anat.*, 1854., t. XXIX. p. 338.)

N° 762 *b*. — Moule en plâtre avant dissection de la pièce n° 762 *a*, de luxation de l'astragale par rotation autour de son axe vertical, avec luxation du cuboïde vers la face plantaire.

(M. Foucher.)

N° 762 *c*. — Portion inférieure du tibia et du péroné droit, avec le pied; luxation sous-astragalienne par renversement en dehors.

Cette pièce, qui est malheureusement sans renseignements, paraît cependant devoir se rapporter à une luxation de vieille date, car l'astragale est soudé au calcanéum. L'état des os paraît indiquer que la marche pouvait se faire sur ce pied, mais le sujet n'appuyait que sur le bord externe, le bord interne du pied étant relevé, et les orteils portés en dedans comme dans le pied-bot varus. Il existe une fracture de la pointe du péroné qui paraît récente.

La tête de l'astragale fait une saillie en avant et en dehors sur le cuboïde et le scaphoïde à la fois, mais le déplacement le plus curieux est celui du corps de l'astragale ; sa poulie, renversée en dehors, répond presque entièrement à la facette interne du péroné, et la facette astragalienne interne se trouve sous la mortaise tibiale. Le renversement n'est pas cependant tout à fait d'un quart de cercle ; car on aperçoit encore en dehors une portion de la facette externe de l'astragale, à peine en contact avec la pointe de la malléole péronière, et regardant en bas et en dehors à la fois.

(Professeur Malgaigne, *Traité des luxations*, p. 1062.)

N° 762 *d*.— Astragale du côté droit; luxation complète en haut et en dehors sur la face dorsale du pied.

L'astragale, luxé dans toutes ses articulations à la fois, était venue se placer sur la partie antérieure et externe de la face dorsale du pied, où il faisait une saillie assez considérable sous la peau. C'est dans cette position que cet os fut extrait par

M. Nélaton, à l'aide d'une incision faite à la peau. Le malade guéri a pu marcher avec assez de facilité.
(Professeur Nélaton.)

N° 702 *e*. — Moule en plâtre représentant le pied droit et la partie inférieure de la jambe; luxation complète de l'astragale en haut, avec déchirure des téguments et sortie de l'os qui dut être enlevé.

Cette pièce provient d'un homme de 40 ans environ. L'accident qui a produit cette luxation fut suivi d'un délirium tremens, qui dura plus de quinze jours. On ne put le faire cesser que par l'usage du laudanum. Sur ce plâtre on constate que la guérison est complète, le pied n'est point sensiblement déformé, et malgré une ankylose, le blessé pouvait marcher en s'appuyant seulement sur une canne.
(M. Demarquay, *Soc. de Chir.*, 2me série, t. VI, p. 158.)

N° 702 *f*. — Dessin représentant un pied droit, sur lequel on constate que l'astragale a été luxé dans toutes ses articulations.

L'astragale a été extirpé, et on le voit représenté sur un point du dessin.
(Professeur Nélaton.)

N° 702 *g*. — Portion inférieure du tibia et du péroné gauche, avec le tarse et le métatarse; luxation sous-astragalienne, avec fracture du col de cet os, et rotation de la trochlée autour de son axe transversal; subluxation de la tête de l'astragale sur le scaphoïde.

Cette pièce provient d'un homme de 27 ans, qui se heurta contre des tuyaux placés sur la voie publique; perdant l'équilibre, il tomba en arrière sur le côté gauche. Dans cette chute, il fut retenu par le pied gauche, qui s'était enfoncé dans l'intérieur d'un des tuyaux, le poids de son corps entraînant la jambe en sens inverse, il y eut une grande violence exercée sur le bas de la jambe. Ce blessé fut amputé un mois environ après son accident.

On constate sur ce pied, que l'astragale est fracturé au niveau de son col; le fragment antérieur maintenu en place par le ligament interosseux, a cependant subi une grande violence dans son articulation astragalo-scaphoïdienne, qui est largement ouverte. Les ligaments dorsaux sont rompus, et le plan supérieur de la tête de l'astragale dépasse de près d'un centimètre, la surface correspondante du scaphoïde.

Le fragment postérieur a subi un mouvement de rotation sur

son axe transversal, de telle sorte que la surface calcanéenne est devenue postérieure et verticale, et se trouve sur le même plan que la face postérieure du tibia. Par suite de ce déplacement la face supérieure est devenue antérieure, et c'est sur son bord postérieur que repose la mortaise tibiale. La mortaise péronière, et le fragment de l'astragale avec lequel elle a conservé des rapports, ont été portés en arrière, sur l'apophyse postérieure du calcanéum, immédiatement derrière la surface astragalienne de cet os.

(M. A. Guérin, *Soc. de Chir.*, 1867, 2me série, t. VIII.)

N° 762 *h*. — Portion inférieure du tibia et du péroné gauche, avec les os du tarse; luxation de la tête de l'astragale en haut et en dehors.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans, qui se jeta d'un pont élevé de 8 mètres et se tua sur le coup. Le pied est fortement incliné en dedans, il a une certaine analogie avec le pied-bot varus. Au niveau de la région médio-tarsienne, il existe une saillie assez notable due au scaphoïde ; la peau n'avait point été déchirée.

La tête de l'astragale portée en haut et en dehors, laisse apercevoir les quatre cinquièmes de sa surface ; le ligament astragalo-scaphoïdien supérieur est rompu, aussi la tête de l'astragale chevauche sur le scaphoïde. Les rapports de l'astragale avec la mortaise tibio-péronière sont conservés, et les autres articulations astragalo-calcanéennes n'offrent point de déplacement. Seul le cuboïde paraît légèrement déplacé sur le calcanéum sans rupture ligamenteuse; il fait une légère saillie en haut et en dehors. Cette pièce offre une certaine analogie avec une luxation qui a été présentée par M. Chassaignac à la Société de chirurgie.

N° 762 *i*. — Portion inférieure du tibia et du péroné gauche; luxation de l'astragale en dedans et en avant, avec fracture de l'extrémité inférieure du péroné et écrasement du cuboïde.

Cette pièce provient d'un homme très-vigoureux, qui exerçait la profession de palfrenier ; la luxation a été produite par une chute de cheval, mais le blessé n'a pu donner aucuns renseignements sérieux sur la manière dont la chute s'est opérée. A un travers de doigt environ au-dessous de la malléole interne, existait au milieu d'un gonflement général assez prononcé, une plaie transversale, à travers laquelle on apercevait une extrémité osseuse arrondie, qui était la tête de l'astragale.

Le pied était déjeté en masse en dehors, sans déviation de

son axe, et sans changement de direction du plan de sa face inférieure. Les mouvements de flexion et d'extension étaient notablement plus étendus que du côté sain. Le bord antérieur du tibia correspondait au bord interne du pied, et la partie inférieure de cet os présentait une saillie oblique, de bas en haut, et de dehors en dedans. Cette saillie était très-résistante et donnait l'idée d'un bord de fragment osseux, soulevant les parties molles. Toutes les tentatives de réduction étant restées infructueuses, on se décida à pratiquer l'amputation de la jambe.

L'examen de la pièce montre d'abord que la saillie que l'on sentait à la partie inférieure du tibia, et qui en imposait pour une fracture, est produite par le tendon du muscle jambier postérieur; ce tendon est appliqué sur la partie externe du côté de l'astragale qu'il contournait. Outre le tendon, une forte lame fibreuse s'opposait au retour de l'astragale dans sa situation normale. Continue en dehors avec les tissus fibreux du dos du pied, en bas avec la gaîne du tendon jambier postérieur et le ligament calcanéo-scaphoïdien, en haut avec le ligament annulaire du tarse, cette lame était constituée surtout : 1° par la presque totalité du faisceau antéro-superficiel du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne, détaché du tibia au niveau de la malléole interne, avec le périoste voisin et la partie interne du ligament annulaire; 2° par le ligament dorsal interne de l'articulation médio-tarsienne, ou ligament astragalo-scaphoïdien, rompu à ses insertions au col de l'astragale. Les connexions de cette bride avec le ligament annulaire, et, par l'intermédiaire de celui-ci, avec des débris du périoste et les aponévroses de la partie inférieure de la jambe, expliquent sa tension sur le col de l'astragale, et rendent compte de la part qu'elle avait dans l'irréductibilité.

Tous les ligaments calcanéo-astragaliens sont rompus. Les deux faisceaux tibio-astragaliens du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne sont intacts; les fibres de ce ligament qui s'insèrent au calcanéum sont déchirées.

Le ligament péronéo-astragalien antérieur est rompu, le péronéo-astragalien postérieur est en partie arraché à ses insertions astragaliennes; enfin le péronéo-calcanien est en partie détaché de la malléole péronière, dont il a entraîné quelques fragments.

Le tibia et le péroné sont écartés en avant et à leur partie inférieure, par suite de la rupture du ligament péronéo-tibial antérieur dans toute son étendue et du ligament interosseux dans sa moitié antérieure; le ligament postérieur est intact. Le périoste de la face interne du tibia est décollé dans une assez grande étendue.

Le péroné présente plusieurs traits de fracture. Le principal est obliquement dirigé de haut en bas et d'arrière en avant; il a

son point le plus élevé à quatre travers de doigt au-dessus de la pointe de la malléole, et se termine en bas à 4 ou 5 millimètres au-dessous du bord supérieur de la facette articulaire de cette même malléole. A ce dernier niveau existe un second trait de fracture, absolument transversal, sur le trajet duquel on constate une légère saillie recouverte par le périoste intact. Un troisième trait de fracture part de ce dernier au niveau du bord postérieur du péroné, et se dirige vers l'angle supérieur du fragment inférieur (de la fracture décrite en premier lieu); à une petite distance de cet angle, il se bifurque en V, formant ainsi une échancrure qui reçoit une pointe correspondante du fragment supérieur. Sur son trajet, comme sur celui du premier, le périoste est plus ou moins déchiré et décollé.

L'astragale présente une fracture de la partie antéro-externe de sa facette articulaire postérieure. Cette fracture en détache deux fragments : le premier, tout petit, est resté attaché au ligament péronéo-astragalien antérieur, et le second, du volume d'une petite amande, au ligament externe de l'articulation calcanéo-astragalienne postérieure. Les deux facettes articulaires de la face supérieure du calcanéum, présentent des stries parallèles, dirigées d'une manière générale, de dehors en dedans, et dues manifestement au frottement des portions fracturées de l'astragale, pendant le mouvement de déplacement de cet os sur le calcanéum.

Le cuboïde est fracturé à la fois par écrasement et par éclatement. Un trait de fracture à peu près transversal divise sa facette articulaire postérieure ; il se bifurque à un centimètre environ du bord interne de cette facette, en forme d'Y ouvert en dedans. Le fragment supérieur a pénétré d'arrière en avant et de haut en bas, dans la partie antérieure de l'os, et a fait éclater ses faces supérieure et externe en plusieurs esquilles lamellaires, que maintiennent en place les ligaments et le périoste environnant.

(M. Petit, *Soc. anat.*, 1872, 3me serie, t. XVII, p. 514.)

N° 762. — Modèle en plâtre d'un pied gauche; luxation de l'astragale, qui a fait issue à travers les téguments.

Cette pièce représente assez mal les dispositions anatomiques; il est même aujourd'hui difficile de préciser la nature de la lésion.

(M. Judcy, *Bull. de la Faculté,* 1811, p. 81.)

N° 762 *a*. — Portion inférieure du tibia et du péroné, avec les os du pied droit; luxation du scaphoïde en haut sur les cunéiformes.

Cette pièce a été recueillie sur une femme qui, étant sur un

système de vélocipède analogue aux chevaux de bois, et qui est employé pour les divertissements dans les fêtes des environs de Paris, elle tomba et fut écrasée par les roues qui lui passèrent sur les membres inférieurs.

La jambe gauche fut brisée comminutivement et dut être amputée ; la jambe droite présentait une large plaie allant jusqu'aux os. Le péroné seul de ce côté était brisé. Le pied droit présentait une déformation notable avec des épanchements sanguins considérables ; le diagnostic de luxation du scaphoïde ne fut point fait.

On constate sur ce pied que le scaphoïde est resté uni avec l'astragale, mais il est complétement séparé des trois cunéiformes, et fait saillie au-dessus de ces os, sur lesquels il chevauche un peu. Le troisième cunéiforme a conservé ses rapports normaux avec le cuboïde, mais les deux premiers sont luxés sur le troisième et rejetés du côté de la face plantaire. En même temps qu'il y a luxation du scaphoïde en avant, il y a donc aussi propulsion en bas des deux premiers cunéiformes. L'apophyse styloïde du scaphoïde a été arrachée ; il existe en outre, une fracture de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien.

(M. Benj. Anger, 1877.)

N° 764. — Portion inférieure du tibia et du péroné gauche, avec le pied ; luxation de tous les os du tarse sur le métatarse.

Cette lésion a été produite par le passage d'une roue sur le pied. Les ligaments qui réunissent les métatarsiens au tarse sont déchirés, la partie postérieure des trois métatarsiens du milieu faisait saillie à travers une plaie contuse qui existait sur le dos du pied. Le premier métatarsien est luxé en haut et en dedans sur le premier cunéiforme, les deuxième, troisième et quatrième métatarsiens sont luxés au-dessus des cunéiformes qu'ils dépassent en arrière. Ces quatre premiers orteils sont, en outre, inclinés sur leur face externe. Le cinquième métatarsien luxé en dehors est séparé des précédents, il a aussi éprouvé un mouvement de rotation de dedans en dehors ; il est, en outre, fracturé au niveau de son extrémité antérieure.

(M. Mazet, *Soc. anat.*, 1837, t. XII, p. 9.)

N° 764 *a*. — Moule en plâtre d'un pied gauche, qui représente une luxation incomplète des quatre premiers métatarsiens ; le premier a été réduit.

Ce moule a été pris chez une femme de 32 ans, qui, dans un accès de folie, s'était jetée par la fenêtre d'un troisième étage.

(M. Demarquay, *Soc. de chir.*, 1865, 2e série, t. VI, p. 471.)

N° 764 *b*. — Premier métatarsien du côté droit, avec l'orteil; luxation incomplète de la première phalange du gros orteil en haut et en dehors.

Le gros orteil porté dans l'extension est dirigé en même temps en dehors, et la tête du premier métatarsien fait saillie en bas et en dedans.
(Professeur Malgaigne.)

N° 765. — Moitié antérieure du métatarse du côté droit, avec le tarse et les phalanges; déviation du gros orteil.

La déviation du gros orteil en dehors est considérable, presque à angle droit; il est placé au-dessus des autres orteils qu'il croise.

N° 766. — Moule en plâtre d'un pied droit, représentant une déviation latérale externe du gros orteil hypertrophié.

Cette déviation est presque à angle droit, et les phalanges sont situées au-dessous des quatre autres orteils.
(Professeur Broca.)

N° 767. — Moule en plâtre d'un pied gauche, qui représente une déviation latérale externe du gros orteil, qui est situé au-dessus du second.

(Professeur Broca.)

N° 768. — Moule en plâtre d'un pied gauche, représentant une déviation latérale externe du gros orteil.

Le gros orteil est situé au-dessus du second qui présente la disposition recourbée dite en marteau.
(Professeur Broca, 1869.)

N° 769. — Moule en plâtre d'un pied droit, représentant une déviation latérale externe du gros orteil.

Le gros orteil se trouve situé au-dessous du second.
(Professeur Broca, 1869.)

N° 770. — Moule en plâtre du pied gauche d'une femme de 45 ans, qui était atteinte de la goutte; déviation du gros orteil.

Le gros orteil est dévié en dehors et situé au-dessous du second orteil qui est un peu relevé en marteau.
(Professeur Broca, 1869.)

N° 771. — Moule en plâtre d'un pied gauche, représentant une déviation latérale interne du petit orteil, qui est situé au-dessus du quatrième et du troisième.

(Professeur Broca, 1869.)

ORDRE 4.

Luxations du bassin.

Deux pièces seulement, n° 772 et 773, se rapportent spécialement aux luxations du bassin.

N° 772. — Bassin; luxation des deux symphyses de l'os iliaque sans fracture.

Cette pièce provient d'un homme qui fut renversé par un lourd portail de chêne qui, mal fixé contre une muraille, tomba à plat sur le sol. Ce malheureux fut renversé sur le dos, et tout le corps, à l'exception de la tête, fut pour ainsi dire écrasé.

La luxation de la symphyse pubienne fut facilement reconnue, le pubis droit était beaucoup plus élevé que le gauche; le blessé mourut vingt-quatre heures après l'accident.

On constate sur cette pièce que les deux pubis sont fortement écartés; il existe un chevauchement dans le sens vertical, le pubis droit s'élève à 3 centimètres au-dessus du gauche: les parties fibreuses circonvoisines avaient été déchirées. Du côté de la symphyse sacro-iliaque correspondante, les mêmes désordres se rencontrent ou à peu près, tous les ligaments étaient sans aucune exception complétement déchirés, ainsi que les iléo-lombaire et sacro-sciatique. Le cartilage qui recouvre la surface auriculaire de l'os des iles était entièrement détaché, et n'adhérait plus que par l'une de ses extrémités. L'os iliaque débarrassé de tous ces liens

a donc exécuté un mouvement de rotation qui a abaissé sa partie postérieure, tandis que l'antérieure s'est élevée, en même temps que cette dernière s'est un peu portée en dehors.

Du côté gauche, le ligament sacro-sciatique et le ligament sacro-iliaque antérieur ont été déchirés, mais les ligaments interosseux iléo-lombaire et sacro-iliaque sont sains : aussi de ce côté n'existe-t-il qu'un simple diastasis des surfaces articulaires.

(Professeur Laugier, *Soc. anat.*, 1850, t. XXV. p. 35.)

N° 773. — Bassin; luxation traumatique du sacrum.

Cette pièce vient du service de M. le professeur Velpeau et a été trouvée sur un homme âgé de 48 ans ; cet homme qui était aliéné, dans le but de se donner la mort, s'est jeté en travers sous la roue d'une grosse voiture pesamment chargée. Au moment de son entrée à l'hôpital, on a pu constater dans la région inguinale les traces évidentes du corps contondant ; le malade est mort cinq jours après l'accident.

A l'autopsie à l'extérieur et à l'intérieur de la cavité pelvienne, on a constaté des épanchements de sang considérables, mais la lésion qui nous intéresse ici est celle du système osseux. Le sacrum dans sa totalité est luxé en avant et en haut ; du côté droit la luxation est plus complète, tous les ligaments sont rompus, excepté une petite portion de l'iléo-lombaire. A gauche le sacrum proémine un peu moins, le ligament antérieur est déchiré, mais les ligaments postérieurs et sacro-sciatique sont intacts. Le sacrum se trouve dépasser le plan de la fosse iliaque de 3 centimètres à droite, de 2 à gauche. Un peu en dehors de l'éminence iléo-pectinée, à gauche, il existe une fracture avec écartement, elle ressemble par son aspect à un décollement épiphysaire. Quand on cherche à réduire la luxation, l'écartement de la fracture disparaît. Une seconde fracture existe également du côté gauche, au niveau de la branche descendante du pubis et ascendante de l'ischion.

(M. Foucher, *Thèse de concours d'agrégation de M. Richet.* 1851 p, 111.)

APPAREIL

DU

SYSTÈME MUSCULAIRE

MALADIES

DES MUSCLES ET DES TENDONS

Trente pièces seulement se rapportent aux lésions des muscles ou des tendons. Si ces pièces ne sont point nombreuses encore dans le Musée, elles nous fournissent des exemples de la plupart des lésions de ces organes.

La pièce n° 1 est un exemple de torticolis, avec rétraction du sterno-mastoïdien et déformation osseuse consécutive; celle n° 2, est un exemple de cysticerques généralisés. Les pièces n^{os} 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9 sont des arrachements des doigts et des orteils, avec des arrachements étendus des tendons. Les pièces n^{os} 10 et 11 sont des exemples d'arrachement du poignet; celles n^{os} 12 et 13, d'arrachement de l'avant-bras. Cette dernière est surtout remarquable en raison de l'étendue de la lésion et de sa cause : tentative de réduction d'une luxation datant de trois mois.

La pièce n° 14 est une ancienne cicatrice de toute l'épaisseur du couturier. Les pièces n^{os} 15, 16, 17, 18, 19 et 20

sont des exemples de section de tendons et de reproduction du tissu fibreux. Les pièces nos 21, 22, 23 et 24 sont des exemples de synovites tendineuses de la main et du pied; celle n° 23 est un modèle en plâtre d'un phlegmon des gaînes tendineuses de la main. Les pièces nos 26, 27 et 28 sont des exemples de tumeurs intra-musculaires, celles nos 29 et 30, sont des moules en plâtre de l'avant-bras et de la main, représentant une atrophie musculaire progressive, suite de sclérose symétrique des cordons latéraux de la moelle, avec atrophie des cellules nerveuses motrices.

N° 1. — Moitié postérieure de la base du crâne, avec les sept vertèbres cervicales et les deux muscles sterno-cléïdo-mastoïdiens; torticolis.

Sur cette pièce, on constate que le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien droit est plus court et moins volumineux que le gauche; il était rétracté, et il a donné lieu a une déviation de la tête qui était portée à droite, en même temps qu'elle est renversée en arrière. Cette rétraction, qui était ancienne et permanente, a produit consécutivement une déviation de la partie cervicale de la colonne vertébrale. Il existe en effet dans cette région, une lordose assez prononcée, à convexité gauche et antérieure; le maximum de la torsion s'observe au niveau de la cinquième vertèbre cervicale.

(M. Bouvier, 1861.)

N° 2. — Muscle deltoïde; cysticerques.

Cette pièce provient d'une femme de 82 ans. Presque tous les muscles, à l'exception de ceux des mains et des pieds, contenaient des cysticerques. Ces helminthes ont été constatés chez cette femme, dans le cœur et même le cerveau.

Dans le deltoïde, ces helminthes sont nombreux; ils sont, comme dans les autres muscles du corps de cette femme, dans des kystes disposés en chapelet; ils occupent les espaces qui séparent les muscles entre eux et les intervalles compris entre les faisceaux musculaires; il en existait jusque dans le diaphragme. Ils étaient très-abondants dans le tissu cellulaire sous-cutané; sur le côté gauche du cou il y en avait un tout à fait

superficiel, faisant une saillie très-apparente, et recouvert seulement par l'épiderme. On n'a pu en découvrir que deux sur la plèvre pulmonaire droite, mais le péritoine en était parsemé. Dans le cerveau, ils occupaient les espaces sous-arachnoïdiens postérieur et antérieur de la base, les anfractuosités, les ventricules latéraux, et l'épaisseur de la substance blanche elle-même. Le tissu cérébral n'offrait en aucun point de ramollissement périphérique; plusieurs kystes superficiels s'étaient seulement creusé des cavités en déprimant les circonvolutions.

Le cœur portait également deux de ces kystes, l'un à la surface externe, l'autre à la surface interne, sur un des gros piliers du ventricule gauche, auquel il était très-adhérent.

Tous les autres organes (poumons, foie, rate, reins, vessie, utérus et ovaires) ont été examinés avec le plus grand soin, ainsi que les yeux, et on n'en a trouvé aucune trace.

Étudiés isolément, ces kystes ont une membrane d'enveloppe transparente, et contiennent un liquide clair avec la vésicule qui renferme l'animal. A un grossissement de 20 diamètres, les cysticerques présentent une tête garnie de quatre ventouses, et une double couronne de crochets à la partie supérieure. Ils offraient les mêmes caractères, quelle que soit la région où on les prenait, et dans aucun des nombreux kystes qui ont été ouverts, on n'a trouvé plus d'un animal.

Malgré l'abondance de ceux qui existaient dans le cerveau, jamais la malade n'avait présenté de phénomènes cérébraux; elle a conservé jusqu'à la fin son intelligence et l'usage parfait de ses membres. Elle a toujours eu un appétit très-développé; malheureusement il a été impossible de savoir quel avait été son genre de vie avant son admission à la Salpètrière.

(M. Molland, *Soc. anat.*, 1859, 2e série, t. IV, p. 59.)

N° 3. — Arrachement de la dernière phalange du gros orteil droit et du tendon du long fléchisseur.

L'accident qui a produit cet arrachement survint dans les circonstances suivantes : un homme, qui descendait de cheval, mit d'abord un pied à terre. Pendant qu'il dégageait l'autre de l'étrier, le cheval appuya son sabot sur le bout du gros orteil droit, qui était déjà posé sur le sol. Le premier mouvement de cet homme, une fois que son pied gauche a été dégagé, fut de retirer fortement le pied droit qui était comprimé par le cheval, au lieu de chercher à faire changer celui-ci de place. Par suite du mouvement brusque et énergique, le cheval ne bougeant pas, il résulta de cette double circonstance : d'une part, une traction qui fut faite par le blessé, et, d'autre part, une résistance opposée par la pression du sabot du cheval. L'or-

teil se rompit sous ces deux efforts dirigés en sens inverse, et la séparation eut lieu au niveau de l'articulation des deux phalanges. Au premier instant, l'homme, heureux d'avoir retiré son pied, se crut quitte pour peu de chose; mais en voulant marcher, il se sentit blessé, vit sortir du sang, et, regardant alors au pied du cheval, il trouva un bout de son orteil avec des chairs pendantes. Le hasard fit qu'il était à la porte d'un médecin qu'il venait chercher; ce dernier recueillit la partie mutilée, qu'il a offerte plus tard à M. Debrou.

La pièce consiste en la dernière phalange du gros orteil, recouverte de toutes ses parties molles, qui ont eté coupées par une section nette au niveau de l'articulation avec la seconde. On constate l'existence d'un long tendon (celui du grand fléchisseur propre du gros orteil), qui a été arraché de sa gaîne et a entraîné avec lui une partie des fibres charnues du muscle. La longueur totale de la partie ainsi arrachée avec la phalange est de 34 centimètres, dont 21 pour la partie tendineuse et 13 pour la partie charnue.

La plaie de l'orteil donna peu de sang, la cicatrisation s'opéra en trois semaines, sans abcès ni accident notable. Le malade conserva longtemps une douleur en arrière de la jambe.

(M. Debrou, *Soc. de chir.*, t. II, p. 595.)

N° 4. — Arrachement en totalité du doigt indicateur de la main droite, avec les tendons.

Cette pièce provient d'un homme de 42 ans, dont le cheval ayant eu peur se mit à ruer; pour l'arrêter, Pointeau voulut prendre la bride de la main droite. Le cheval alors saisit entre ses dents trois doigts de cette main, et s'enleva en tenant le malheureux homme suspendu en l'air. Celui-ci fit des efforts pour dégager ses doigts, mais il ne parvint à retirer de la bouche du cheval que le médius et l'annulaire, et l'indicateur resté engagé, se rompit un peu au-dessous de l'extrémité métacarpienne de la première phalange. Dans le premier instant, le blessé ne s'aperçut point de sa mutilation, et exaspéré par la colère, il se mit à corriger le cheval sur lequel il cassa le bâton de son fouet, en le tenant de la main mutilée elle-même. Ce ne fut qu'un peu après qu'il eut le sentiment de sa blessure. Le doigt fut alors ramassé et le malade vint à l'hôpital.

On constate sur la pièce que le doigt a été arraché près de l'articulation métacarpo-phalangienne, et que la phalange est brisée et éclatée en plusieurs esquilles. Les parties molles sont circulairement et nettement coupées, à l'exception de deux tendons, celui de l'extenseur propre et celui du fléchisseur commun et profond, qui tous les deux sont arrachés dans une longueur

à peu près égale, 28 centimètres. Sur tous deux on trouve insérées des fibres charnues. Le second surtout présente l'insertion déchirée du lombrical correspondant.

Il n'y eut point d'hémorrhagie, mais il se forma deux abcès qui furent ouverts l'un dans la paume de la main, en dedans du pouce, l'autre en bas et sur le côté interne de l'avant-bras. Le malade resta environ six semaines à l'hôpital, et sortit guéri au bout de ce temps.

(M. Debrou, *Soc. de chir.*, t. II, p. 594.)

N° 5. — Arrachement du pouce, avec les tendons fléchisseurs et extenseurs.

Cette lésion est survenue par suite de morsure d'un cheval. Le pouce a été arraché au niveau de la partie postérieure de la première phalange. Les deux tendons extenseur et fléchisseur, ont été arrachés dans toute leur longueur, y compris la portion aponévrotique qui s'avance jusque dans le corps charnu du muscle, et sur les faces desquelles on retrouve encore l'insertion des fibres musculaires.

(Professeur Nélaton, *Soc. de chir.*, t. II, p. 609.)

N° 6. — Arrachement du doigt indicateur de la main droite.

Un ouvrier cherchait à replacer dans une poulie, mise en mouvement par une force de deux chevaux, et faisant soixante tours à la minute, une corde qui s'en était échappée. Au moment où il exécutait cette manœuvre, le doigt indicateur de la main droite a été saisi entre la poulie et la corde et a été arraché.

On constate sur la pièce que la première phalange de l'indicateur a été fracturée à 1 centimètre 1/2 environ de l'articulation métacarpo-phalangienne. Les chaires à ce niveau, sont divisées comme par un instrument tranchant, et les tendons qui ont résisté, ont été arrachés à une assez grande profondeur dans le corps des muscles de l'avant-bras. L'arrachement pour chacun d'eux, présente de notables différences : le tendon du muscle extenseur est arraché dans une étendue d'environ 6 centimètres; celui du fléchisseur superficiel présente une longueur plus considérable. Quant au fléchisseur profond, il est arraché dans une longueur de 20 centimètres. Son arrachement s'étant fait jusque dans les fibres musculaires, un certain nombre de celles-ci ont été entraînées avec lui.

(M. Chassaignac, *Soc. de chir.*, 1854, t. IV, p. 432.

N° 7. — Arrachement du pouce, avec le tendon fléchisseur.

Cette lésion a été produite par suite de la morsure d'un cheval. Le tendon fléchisseur seul a été arraché dans toute son étendue, même celle comprise dans l'épaisseur du muscle; dans certains points, il présente encore à sa surface quelques débris de fibres musculaires; il a 21 centimètres de long. La section de la peau qui est circulaire, s'est opérée au niveau de la partie moyenne de la seconde phalange. Un des nerfs collatéraux a été également arraché dans une étendue d'environ 8 centimètres.

(M. de Lignerolles, *Soc. de chir.*, t. II, p. 609.)

N° 8. — Arrachement de la dernière phalange d'un doigt, avec son tendon extenseur.

On constate sur cette pièce, que la section de la peau a eu lieu au niveau de l'articulation de la phalange. La section est nette, circulaire, le tendon fléchisseur seul a été arraché, et cela dans une étendue considérable de 31 centimètres. On retrouve sur ses faces quelques-unes des insertions musculaires.

N° 9. — Arrachement d'un gros orteil et de son tendon extenseur.

L'orteil a été désarticulé au niveau de la dernière phalange, et la peau coupée circulairement au niveau de la seconde. Le tendon fléchisseur a été seul arraché, et cela dans une longueur de 30 centimètres. Sur les côtés se trouvent les débris des nerfs collatéraux qui ont également été arrachés dans une longueur de 8 centimètres.

(Professeur Denonvilliers.)

N° 10. — Arrachement de la main au niveau de la première rangée du carpe avec les tendons.

Cette pièce, qui est très-remarquable par l'étendue des désordres, a été recueillie sur un mécanicien âgé de 28 ans. Ce malade travaillait dans une usine. Le pan de sa blouse a été pris par un arbre tournant et le malheureux a été entraîné de manière, dit-on, a faire une vingtaine de tours ; en même temps, sa main gauche s'est trouvée prise entre une partie plus épaisse de l'arbre et le mur très-voisin; elle a été complétement séparée de l'avant-

bras. Cette partie de la machine présentait probablement une saillie qui, d'après les traces qu'on retrouve, a passé obliquement sur le poignet avant d'avoir assez de prise pour l'entraîner.

Une hémorhagie peu abondante a été arrêtée par un pansement immédiat. La main gauche a été séparée complétement de l'avant-bras, et a entraîné avec elle la plupart des tendons qui ont été arrachés de leur gaîne à des hauteurs différentes. La plaie, au moment où le malade a été apporté à l'hôpital, était inégale et ne donnait point de sang; la peau qui la limite est, du côté dorsal, divisée au niveau à peu près de la hauteur de l'articulation médio-carpienne. Du côté palmaire et interne, elle forme un lambeau inégal d'environ 1 centimètre 1/2. La surface de la plaie présentait quelques caillots et les débris des ligaments et des tendons des radiaux qui ont été coupés à ce niveau; la palpation a permis de reconnaître qu'il existait encore quelques débris des os du carpe, que M. Hugier a enlevés et qu'il a reconnus pour être la tête du grand os fracturé.

L'étude de la main arrachée montre que la peau a été divisée suivant une ligne oblique, allant de la partie externe de l'articulation radio-carpienne à l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt, et cela tant à la face palmaire qu'à la face dorsale, où existe en outre, un lambeau long et étroit dont les bords suivent la même direction. Les os ont été arrachés suivant la même direction, mais un peu plus haut, de manière qu'en dedans le trapèze et le trapézoïde sont intacts. La partie inférieure du scaphoïde a subi une fracture nette, mais on ne put retrouver sa partie supérieure dans les os extraits du moignon.

Le grand os a perdu sa tête, ainsi que cela a été dit plus haut; en dedans, la lésion a porté sur l'os crochu, qui est broyé et dont il ne reste que quelques débris. Enfin, l'extrémité supérieure du cinquième métacarpien a aussi été entamée à sa partie interne. Le semi-lunaire et peut-être le pyramidal et le pisiforme sont donc restés dans la plaie.

Quant aux parties molles, tous les tendons des muscles qui se rendent de l'avant-bras à la main ont suivi celle-ci; ils ont été arrachés et présentent une longueur variable de 18 à 23 centimètres, avec plus ou moins de tissu musculaire resté adhérent. Il faut cependant excepter les tendons des radiaux externes et ceux des extenseurs du médius et de l'annulaire, qui ont été divisés à peu de distance au-dessus du poignet.

Les principales artères, la radio-palmaire et la radiale, dépassent de 1 à 2 centimètres la division de la peau; elles sont comme étirées et étroites, la gaîne celluleuse est déchirée plus loin que les autres tuniques.

Les nerfs ont également été étirés; cet état est surtout remarquable sur le médian, dont il est resté 2 décimètres environ de

longueur adhérents à la main; mais il s'amincit graduellement jusqu'à l'extrémité et il ne contient guère que du névrilème.
(M. Hugier, *Soc. de chir.*, 1855 t. V. p. 135.)

N° 11. — Main gauche, qui a été arrachée au niveau de l'articulation radio-carpienne.

La section de la peau a été faite d'une façon assez nette et circulaire. Les tendons fléchisseurs et extenseurs sont arrachés dans une moindre étendue que sur les pièces précédentes; ils se sont rompus à peu près au niveau de l'insertion de leurs fibres musculaires.
(M. Lannelongue.)

N° 12. — Avant-bras droit ; arrachement.

Cette pièce intéressante est malheureusement sans renseignements. Le mécanisme de cet arrachement nous manque complément, mais on peut voir qu'en avant la peau s'est rompue au niveau de la racine du poignet, en circonscrivant un petit lambeau quadrangulaire qui reste adhérent à sa partie inférieure. En arrière la peau paraît avoir été déchirée à la moitié environ de la longueur du bras.

Les tendons de la partie antérieure de l'avant-bras sont arrachées à des hauteurs différentes, pour quelques-uns même la rupture paraît porter sur la partie musculaire; c'est ce qui paraît exister pour les fléchisseurs superficiel et profond. Les os de l'avant-bras manquent complétement, ils sont restés très-probablement adhérents au bras.

Les muscles de la région postérieure et externe, en particulier les radiaux, se sont rompus en pleines fibres musculaires, près de leur insertion supérieure. Les nerfs ont aussi été arrachés à des hauteurs différentes.
(Professeur *Denonvilliers.*)

N° 13. — Arrachement de l'avant-bras gauche, dans une tentative de réduction de luxation de l'humérus datant de trois mois.

Cette pièce provient d'une femme de 63 ans qui, en tombant dans un escalier, s'est luxée l'épaule gauche. La lésion fut méconnue pendant six semaine; cette malheureuse fut traitée pour une contusion. A cette époque, un second médecin ayant reconnu la luxation, essaya sans succès des tentatives de réduction.

Ce n'est que six semaines plus tard, par conséquent trois mois

environ après l'accident, que cette femme entra à l'hôpital, où l'on constata tous les symptômes d'une luxation sous-coracoïdienne complète. Le membre pendant le long du corps, était privé de ses mouvements ; les doigts seuls pouvaient se déplacer très-légèrement. La sensibilité cutanée, bien qu'émoussée, n'était pas perdue ; des douleurs assez vives parcouraient toute la longueur du membre, sans siége de prédilection.

Tentative de réduction. — *Le 10 mars*, avant d'employer les mouffles, on essaye la réduction par le procédé classique. La malade placée horizontalement est soumise au chloroforme jusqu'à résolution musculaire. Une alèze est passée sous l'aisselle gauche pour servir à la contre-extension, et une autre, fixée à la partie inférieure de l'avant-bras au niveau du poignet, est confiée à quatre aides. Dans une première traction, l'alèze attachée au poignet se déplace ; on la resserre plus solidement et l'on procède à une nouvelle tentative. Celle-ci est faite selon toutes les règles de l'art, progressivement et sans secousses, par quatre personnes qui étaient loin de déployer toute leur force. L'alèze glissant encore, un des aides est obligé de la maintenir avec ses deux mains. Pendant que l'extension continue, subitement, sans aucun craquement, sans aucun allongement, sans aucune sensation capable de donner l'éveil, le membre se rompt au pli du coude et l'avant-bras tombe à terre aux pieds des aides. Un flot de sang couvre le chirurgien ; on arrête l'hémorrhagie en liant l'artère, on résèque 6 centimètres de l'extrémité inférieure de l'humérus et on régularise les lambeaux. L'arrachement avait été brusque et instantané dans toute l'épaisseur du membre, et pourtant les aides avaient gardé leur équilibre.

Examen de l'avant-bras. — Voici ce que présente l'extrémité supérieure de l'avant-bras arraché : l'olécrâne fait saillie au-dessus des parties molles, au sein desquelles pénètrent des vaisseaux et des nerfs rompus le long du bras en des points variés. Prenant pour terme de comparaison, un plan mené perpendiculairement à l'axe de l'avant-bras par les surfaces articulaires de la tête du radius et de l'apophyse coronoïde, on voit qu'au-dessus de ce plan le nerf cubital est arraché sur 29 centimètres ; le nerf radial sur 13 centimètres ; le musculo-cutané très-effilé sur 18 centimètres ; le nerf médian sur 25 centimètres ; enfin deux filets du brachial cutané interne, l'un sur 13 centimètres, l'autre sur 15. L'artère humérale sur 9 centimètres. La veine céphalique sur 1 centimètres. Le muscle biceps dilacéré sur 12 centimètres. Le brachial antérieur sur 3 centimètres.

Les surfaces articulaires du cubitus et du radius paraissent saines ; mais la partie postérieure du sommet de l'olécrane n'existe plus, elle est restée appendue au tendon du triceps. A la partie interne, on trouve une portion osseuse suspendue à l'extrémité des muscles qui s'inséraient à l'épitrochlée.

Tous les muscles de l'avant-bras étaient plus colorés qu'à l'état normal, ils avaient une teinte brune simulant une infiltration sanguine, tous aussi étaient notablement ramollis. Les nerfs étaient plus colorés, et au lieu de conserver un calibre régulier, ils offraient çà et là des nodosités sur leur trajet. Le long des nerfs collatéraux des doigts sont appendus de petits kystes globuleux, du volume d'un grain de millet, disposés de chaque côté du rameau nerveux comme des grains de raisin autour de leur tige. Toutes les veines de l'avant-bras et surtout de la main sont très-dilatées,

Quant aux os, la coupe verticale du cubitus et du radius, celle des métacarpiens et des phalanges, font reconnaître les lésions les plus avancées, tandis que le corps des os longs semble peu altéré. La substance compacte présente un amincissement notable, avec une extrême raréfaction du tissu spongieux ; un sang noir, comme huileux, remplissait les aréoles, les os étaient très-ramollis et d'une fragilité excessive ; ils s'affaissent sous la moindre pression, et la pointe du scalpel y pénètre sans aucun effort. Les os du carpe, sans exception, présentent cette altération à un état très-avancé.

Le radius, dans les efforts de traction, a été fracturé à sa partie inférieure à 1 centimètres 1/2 au-dessus du bord antérieur de la surface articulaire. Il existe aussi une fracture transversale du cubitus avec esquilles au même niveau.

M. Ordonez, qui a examiné au microscope les altérations que présente ce membre, a constaté que dans les nerfs, et il a examiné de préférence le nerf médian, à l'œil nu on pouvait constater une altération bien évidente, le cordon nerveux était rouge et présentait de distance en distance des nodosités. L'examen microscopique de ce nerf, au niveau des nodosités, montrait un épaississement considérable du névrilème par hypergénèse du tissu conjonctif ; la trame était infiltrée par une grande proportion de substance amorphe, transparente, glutineuse, se coagulant immédiatement sous l'influence de l'alcool rectifié, et par un grand nombre d'éléments embryoplastiques en voie d'évolution ordinaire.

Au milieu de cette trame se trouvaient les tubes nerveux présentant tous les degrés d'altération, depuis l'état normal jusqu'à la régression athéromateuse la plus complète. Il y a un fait remarquable à signaler, c'est que dans le cordon nerveux en question, les tubes les plus larges sont les plus altérés dans leur structure, tandis que parmi les tubes minces, il s'en trouve très-peu d'altérés.

La substance médullaire des tubes larges est devenue granuleuse ; dans la plupart des tubes, elle est réduite à des gouttelettes demi-solides, très-inégales comme volume, et réfractant la lumière fortement au centre. Les tubes ne sont pleins qu'à moitié,

car la plus grande partie de leur gaîne est vide et chiffonnée, imitant tout à fait l'aspect du tissu conjonctif ou fibrillaire. Cette altération est identique à celle qu'on observe dans le bout périphérique des nerfs qui ont été coupés ou arrachés.

Sur le trajet des petites branches nerveuses qui se distribuent dans la main, on a constaté la présence d'un grand nombre de petits kystes, dont le volume était variable depuis une petite tête d'épingle jusqu'à celui d'un grain de millet. Ces kystes sont composés d'une membrane fibreuse très-fine, mais très-résistante, fermés de toutes parts, et contenant un liquide huileux très-transparent, analogue par son apparence à la substance médullaire des nerfs. A la partie externe, ces petits kystes sont enveloppés par une trame lâche de tissu conjonctif, de vésicules adipeuses, et deux ou trois branches de capillaires sanguins.

Muscles. — On a constaté l'altération de la plupart des muscles de l'avant-bras et de la main; parmi les plus altérés, on peut citer le carré pronateur et les lombricaux, qui se trouvent réduits à une espèce de pulpe rouge. Les fibres de ces muscles examinées au microscope, présentent une altération très-notable dans leur structure; elles se laissent dissocier très-facilement par les aiguilles à dissection. Leur volume n'a pas changé sensiblement, mais la plupart des fibres musculaires sont plissées, très-pâles, demi-transparentes, se cassant très-facilement en petits morceaux sous le moindre mouvement imprimé à la plaque de verre couvre-objet.

Plusieurs de ces fibres sont remplies de granulations graisseuses, et complétement détruites comme forme et comme structure; toutes les fibres des muscles que nous avons examinés ont perdu le signe caractéristique du tissu musculaire de la vie animale, c'est-à-dire la striation. Les capillaires sanguins étaient gorgés de sang, mais principalement les petites veines.

Os. — Le tissu osseux est raréfié presque partout. Les mailles de la substance spongieuse sont très-dilatées et remplies par une substance rougeâtre. Cette substance est composée d'un mélange de globules sanguins, à différents degrés d'altération (ce qui prouverait l'existence d'hémorrhagies interstitielles dans l'intérieur de l'os), d'une grande quantité de vésicules adipeuses, très-altérées dans leur structure; et en même temps d'une certaine quantité de ce même élément anatomique de nouvelle formation et à l'état d'évolution progressive. Parmi ces éléments se trouvaient plusieurs petits amas d'hématosine.

(M. Alphonse Guérin, *Soc de chir.*, 1861, 2e série, t. V, p. 121.)

N° 14. — Portion du muscle couturier; cicatrice fibreuse.

Cette pièce a été recueillie sur un homme de 40 ans. Le muscle

couturier est, vers sa partie moyenne, complétement rompu, et il existe une bandelette fibreuse, longue de 10 centimètres, qui réunit les deux bouts du muscle écartés. Il a dû y avoir rupture de ce muscle, car le tissu cellulaire ne présentait aucune lésion qui permette de penser qu'il y a eu une plaie. La peau était, à ce niveau, le siége d'une cicatrice analogue à celle que laissent les brûlures ou les cautérisations.

(M. Farabœuf, *Soc. anat.*, 1875, 3e série, t. X, p. 100.)

N° 15. — Section sous-cutanée du tendon d'Achille sur un chien.

L'animal a été sacrifié trente-cinq jours après la section, et l'on peut constater sur cette pièce que les deux bouts de la section sont isolés. Le bout inférieur paraît renflé un peu en massue.

(Professeur Jobert de Lamballe.)

N° 16. — Section sous-cutanée du tendon d'Achille sur deux chiens.

L'un des animaux a été sacrifié douze jours après l'opération, l'autre seize jours. Il existe entre les deux bouts sectionnés, un écartement d'environ 2 centimètres 1/2; il s'est produit un tissu fibreux à fibrilles très-fines, qui relient les deux bouts entre eux. La partie de nouvelle formation est moins volumineuse que les deux bouts divisés.

(Professeur Jobert de Lamballe.)

N° 17. — Section sous-cutanée du tendon d'Achille sur un chien.

L'animal a été sacrifié quinze jours après l'opération. Les deux bouts du tendon sont écartés d'environ 2 centimètres 1/2 et réunis par un produit de sécrétion, au sein duquel on distingue de nombreux éléments fibreux qui sont plus minces que ceux du tendon même.

(Professeur Jobert de Lamballe.)

N° 18. — Section sous-cutanée de deux tendons d'Achille sur deux chiens différents.

L'un de ces animaux a été sacrifié quinze jours après l'opération, le second vingt-cinq jours après. On constate sur ces deux tendons un écartement d'environ 2 centimètres 1/2. Les deux espaces sont remplis par des éléments fibreux à fibres très-déliées

qui réunissent entre elles les deux extrémités divisées. Le tendon dans ce point est plus petit.

(Professeur Jobert de Lamballe.)

N° 19. — Pied-bot du côté gauche varus équin chez un adulte, section sous-cutanée du tendon d'Achille, du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil.

L'individu est mort deux mois et demi après l'opération. On constate sur cette pièce, un écartement notable entre les deux bouts des tendons divisés, et ils sont réunis, ce qui est surtout évident pour le tendon d'Achille, par un tissu fibreux à fibres très-déliées et parallèles. Seulement à ce niveau, le tendon est un peu moins volumineux qu'au-dessus et au-dessous de la section.

(Professeur Jobert de Lamballe.)

N° 20. — Jambe droite, avec le pied ; section du tendon d'Achille.

Tous les muscles ont été disséqués. Il existe une fracture ancienne du tibia par un coup de feu et consolidée. L'os a été trépané pour en extraire un sequestre. Le tendon d'Achille a été sectionné à sa partie inférieure, à environ 2 centimètres de son insertion au calcanéum ; il en est résulté un écartement assez considérable, et les deux bouts du tendon sont réunis par un tissu fibreux, qui présente un volume moindre que celui des deux bouts du tendon. Cet homme est mort cinquante jours après son accident.

(Professeur Jobert de Lamballe.)

N° 21. — Main droite, avec la moitié inférieure de l'avant-bras, fongosités des gaines synoviales des muscles fléchisseurs.

Cette pièce provient d'un homme de 54 ans, qui faisait remonter le début de son mal à quinze mois. A cette époque, il fit un effort violent pour couper une plaque de tôle avec une cisaille à main, il ressentit subitement une très-vive douleur dans le poignet. Le lendemain, toute la région était tuméfiée ; depuis cette époque, cet homme a toujours souffert plus ou moins.

A son entrée à l'hôpital on constata une tuméfaction de la face antérieure du poignet droit, sans changement de couleur à la peau, sans douleur à la pression ; de contenance pâteuse non fluctuante. La face postérieure était légèrement tuméfiée. La paume de la

main paraissait un peu plus volumineuse que d'ordinaire. Les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes du pouce étaient également le siége de tuméfaction indolente, molle, non fluctuante ; les mouvements volontaires étaient à peu près impossibles. On pouvait imprimer aux deux phalanges quelques mouvements de latéralité, et quand en même temps, on pressait les deux phalanges de manière à faire frotter l'une contre l'autre les extrémités articulaires, on avait la sensation d'un corps mou qui s'écartait et on percevait un craquement. L'indicateur était augmenté de volume dans sa partie palmaire, ce gonflement n'était pas uniforme ; il était à peine marqué au niveau des articulations, tandis que, vers le milieu de la deuxième phalange, il formait une tumeur hémisphérique, ayant à peu près le volume d'une grosse cerise et présentant les mêmes caractères que les tuméfactions du poignet et du pouce. Les trois autres doigts avaient leur volume normal, mais ils étaient dans une demi-flexion qu'on ne pouvait vaincre ; quand on faisait cet essai, on découvrait quelques mouvements dans le poignet.

Une ponction exploratrice fut faite, il s'écoula un liquide jaune visqueux, et quelques petits grumeaux blancs ; la tumeur n'en fut que très-peu diminuée.

On essaya sur ces différentes tumeurs et principalement sur celle du poignet, les traitements les plus divers : embrocations alcooliques, teinture d'iode, vésicatoires, compression, immobilité, rien n'y fit.

La tuméfaction augmentait sans cesse et s'étendait du côté de l'avant-bras.

M. Trélat fit l'amputation de l'avant-bras le 10 juin 1869, et voici quelles sont les lésions :

Au niveau du poignet, les tendons des muscles de l'avant-bras sont pris dans une masse rose pâle, molle ; laquelle passant sous le ligament antérieur du carpe, va se terminer dans la paume de la main en suivant les tendons des fléchisseurs, ce qui donne à cette masse la forme d'un bissac ; les tendons lui sont intimement unis et on ne peut les séparer qu'artificiellement. En essayant de séparer les couches superficielles et profondes des tendons, on tombe dans une cavité contenant une certaine quantité de liquide transparent, citrin, visqueux et filant, très-riche en albumine. Les parois de cette cavité sont tapissées d'une substance semi-transparente, friable, au-dessous de laquelle on retrouve les fongosités Elle ne communique pas avec les cavités articulaires.

La masse fongueuse n'adhérait pas au ligament du carpe ni au nerf médian qui est libre ; mais elle adhère à la paroi postérieure du canal palmaire, surtout au niveau de l'articulation radio-carpienne. On y voit, en effet, dans sa partie antérieure, des

masses fongueuses qui se continuent avec les fongosités tendineuses et semblent en provenir.

Les articulations du carpe sont également fongueuses, mais ces fongosités ne semblent pas se continuer avec les fongosités tendineuses. Tandis qu'elles font saillie à travers les ligaments postérieurs et forment la livide tuméfaction de la face dorsale du poignet et de la main, les tendons des extenseurs sont sains.

Les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes sont le siége d'arthrite fongueuse, tandis que les tendons sont normaux.

Le contraire existe pour l'indicateur, les articulations sont saines mais les tendons sont fongueux, et c'est à ces fongosités que sont dues les tumeurs que le doigt possède ; il est à remarquer que les fongosités ne se continuent pas avec celles de la paume de la main.

(M. Malassez, *Soc. anat.*, 1869, 2e série, t. XIV, p. 329.)

N° 21. — Main droite ; synovite tendineuse chronique, avec kystes du médius.

Cette pièce a été recueillie sur un homme de 54 ans, tailleur. Pendant la vie, on constata sur le médius de la main droite, une tuméfaction notable de ce doigt; elle s'étendait jusqu'à la partie moyenne de la paume de la main. La tuméfaction était bosselée, irrégulière ; les bosselures ne présentaient point toutes le même volume ; la plus considérable correspondait à la phalange, elle égalait le volume d'une petite noix. A ce niveau, la peau avait rougi ; on ressentait une espèce de fluctuation, mais qui, avec juste raison, fut attribuée à des fongosités qui, dans certains points, finirent par perforer la peau. Au dire du malade le début de l'affection remontait à onze mois.

On voit sur cette pièce, la gaîne du tendon étant ouverte dans toute sa longueur, qu'elle est dilatée et remplacée par de nombreuses fongosités d'un aspect jaunâtre ; dans certains points, elles recouvrent le tendon en totalité. C'est au niveau de la première phalange que les fongosités atteignent le plus de développement, et elles disparaissent en bas, à l'union de la seconde avec la troisième phalange. Les gaînes des autres doigts sont normales.

(M. Després. *Soc. anat.*, 1876, 3e série, t. X, p. 231.)

N° 22. — Modèle en plâtre de la main gauche et de la partie inférieure de l'avant-bras; phlegmon des gaines tendineuses simulant une synovite.

Cette pièce a été moulée sur un homme qui avait reçu une balle à la partie moyenne de l'avant-bras ; la plaie donna naissance à un phlegmon qui s'étendit jusqu'aux gaînes tendineuses

de la main et du poignet. Ces gaînes ont suppuré, et on remarque sur ce plâtre plusieurs bosselures analogues à celles que l'on rencontre dans les synovités tendineuses de cette région. L'une de ces bosselures est située à la partie inférieure de l'avant-bras, au-dessus du ligament annulaire; une seconde est située au niveau de l'éminence thénar; une troisième, dans la paume de la main, et elle paraît se continuer avec une bosselure fusiforme que présente le petit doigt.

(Professeur Broca.)

N° 24. — Pied du côté droit, avec la moitié inférieure de la jambe; affection des gaînes tendineuses des muscles extenseurs du pied.

Il existait sur cette pièce, au-devant des malléoles, deux petites tumeurs molles déprimées par les tendons extenseurs et le ligament annulaire. La peau était saine, les mouvements faciles; il n'y avait pas de douleurs, et il fallait une marche prolongée pour en éveiller une légère. On sentait la fluctuation de l'une à l'autre des tumeurs.

Cette affection fut regardée comme une hydropisie de la gaîne des tendons. M. Philippe Boyer avait déjà fait appliquer des vésicatoires volants, qui avaient amené une amélioration momentanée. M. Verneuil appliqua des pointes de feu. Quatre ou cinq jours après, lorsque la phlogose suite de la cautérisation, eût cessé, la tuméfaction était presque entièrement disparue. Au bout de huit jours, l'épanchement s'était reproduit. M. Verneuil le combattit par une nouvelle cautérisation suivie d'une compression méthodique, qui n'empêcha pas l'épanchement de devenir, en deux jours, plus considérable qu'avant. M. Verneuil revint aux vésicatoires volants. Mais il survint de l'inflammation à la peau, et une douleur très-vive ; la tuméfaction augmenta, et la fluctuation devint évidente. Le trocart explorateur plongé dans la tumeur interne, ne donna lieu à aucun écoulement de liquide ; ce qui fit admettre l'existence de fongosités produisant une fausse fluctuation. La piqûre devint le point de départ d'une inflammation circonscrite très-douloureuse. Entraîné par l'apparence de fluctuation, M. Verneuil fit une incision dans le point où il avait fait la ponction; il ne sortit que du sang, et il n'en résulta aucun soulagement. Mais au bout de cinq jours, un abcès qui n'avait pas été atteint, s'ouvrit dans la plaie. Une incision pratiquée sur la tumeur externe, donna également du pus. La douleur restait très-vive et s'accompagnait de secousses brusques et répétées dans le membre, ce qui fit croire à M. Verneuil que la maladie s'était compliquée de névrite. Divers traitements furent essayés sans succès. Enfin on remarqua un craquement articulaire dans les mouvements du pied, et M. Boyer, qui avait repris le service, fit l'amputation au lieu d'élection.

On constate sur cette pièce que les tumeurs signalées sont formées par des productions fongueuses qui occupent les gaines des tendons extenseurs, gaînes qui sont en grande partie détruites, et ces masses sont constituées par des éléments embryoplastiques, qui contiennent des éléments nucléaires et fusiformes.

(Professeur Verneuil, *Soc. de chir.*, 1856, t. VII, p. 198.)

N° 25. — Tumeur du volume d'une noisette, développée sur le trajet des tendons des muscles fléchisseurs d'un doigt.

La tumeur siége au niveau de l'articulation de la première phalange avec le métacarpien ; il existe à ce niveau une tumeur qui est bosselée, irrégulière à sa surface et d'aspect crétacé.

(M. Follin.)

N° 26. — Tumeur à coque osseuse de la paroi postérieure de l'aisselle.

Cette tumeur, du volume d'un gros œuf de pigeon, provient d'une femme de 28 ans ; elle était développée dans l'épaisseur du muscle grand dorsal. Pour l'isoler on a dû sectionner un certain nombre de fibres musculaires qui s'implantaient à l'extrémité des deux axes. Cette tumeur est constituée par une coque osseuse, d'une épaisseur variant de 2 à 3 millimètres ; cette coque est formée de tissu osseux, qui a été reconnu comme tel par M. Broca, de la face interne de cette coque, s'échappent un grand nombre de trabécules ou d'aiguilles de la plus grande délicatesse, convergeant vers le centre. Les intervalles de ces aiguilles étaient remplis par un tissu blanchâtre qui était composé d'éléments fibro-plastiques nucléaires et fusiformes.

(M. Azam, *Moniteur des sciences*, 1861, p. 989.)

N° 27. — Lipome intra-musculaire du muscle Couturier.

Cette pièce, recueillie à l'Ecole pratique, est un exemple rare de lipome intra-musculaire. Cette petite tumeur, évidemment graisseuse, était développée dans le couturier, au-dessous de l'aponévrose, entre les fibres musculaires elles-mêmes.

(M. Farabœuf, *Soc. anat.*, 1875, 3me série, t. X, p. 100.)

N° 28. — Muscles biceps brachial ; lipomes intra-musculaires symétriques des deux muscles biceps.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans, palefrenier, qui

était très-amaigri. Lorsque le muscle biceps brachial se contractait, principalement le droit, on était frappé de sa configuration particulière. Au niveau de la longue portion, à l union du tendon avec les fibres musculaires, il se dessinait une saillie conique, haute de deux centimètres et large comme une pièce de 2 francs. La peau glissait sur cette tumeur qui faisait corps avec le muscle ; elle avait une consistance pseudo-fluctuante, et disparaissait dans l'état de repos ; mais on pouvait constater alors sa présence dans l'épaisseur du muscle. Une seconde tumeur se remarquait vers le milieu des fibres charnues de la longue portion du muscle biceps. Le diagnostic de ces tumeurs n'a pu être établi.

On constate que le muscle biceps du côté gauche, présente sous l'aponévrose d'enveloppe une petite tumeur nettement limitée, en forme d'amande et de couleur jaune, qui écarte les fibres musculaires superficielles, et se prolonge dans l'épaisseur du muscle. Comme on a pu s'en assurer en l'ouvrant par sa face postérieure, il s'agit évidemment ici d'un lipome.

La tumeur du biceps droit, quoique graisseuse, est plus dure, d'une couleur plus blanche ; elle contient des éléments fibreux ; elle adhère intimement aux fibres et à l'aponévrose. Il s'agit ici d'un lipome qui a subi la transformation fibreuse.

(M. Rémy, *Soc. anat.*, 1876, 4me série, t. I, p. 136.)

N° 29. — Moule en plâtre de la partie inférieure de l'avant-bras et de la main droite d'une femme atteinte de sclérose symétrique des cordons latéraux, avec atrophie des cellules nerveuses motrice de la moelle ; atrophie musculaire progressive.

Moule en plâtre de la nommée Castala. L'avant-bras et la main droite qui offre la forme d'une griffe, sont très-atrophiés. La main est dans l'extension, presque à angle droit sur l'avant-bras ; le pouce est également dans l'extension, à part la phalangette qui est à demi fléchie. Les autres doigts sont à demi-fléchis et recourbés dans la paume de la main, qui est fortement excavée par suite de l'atrophie des muscles. Les éminences thénar et hypothénar sont en grande partie effacées par suite de l'atrophie des muscles.

(Professeur Charcot et M. Joffroy, *Thèse*, 1873, p. 26.)

N° 30. — Moule en plâtre de la partie inférieure de l'avant-bras et de la main gauche de la nommée Aubel (Catherine), atteinte de sclérose symétrique des cordons latéraux, avec atrophie des cellules nerveuses motrices de la moelle, et atrophie musculaire progressive consécutive.

Sur ce moule on constate qu'à l'avant-bras, l'atrophie porte à la

fois sur les muscles extenseurs et fléchisseurs des doigts; aux mains les éminences thénar et hypothénar sont effacées, le creux palmaire est excavé par suite de l'atrophie des interosseux. Les doigts sont en outre fléchis assez fortement et d'une manière permanente au niveau des articulations des premières phalanges. Cette pièce constitue une belle déformation de la main dite en griffe. Les mouvements des différentes parties des membres étaient très-limités; c'est à peine si la malade pouvait soulever ses mains à dix centimètres au-dessus de ses genoux.

(Professeur Charcot et M. Joffroy, *Arc. de phys*, 1869, t. II, p. 356.)

APPAREIL DU SYSTÈME NERVEUX

Les pièces relatives aux lésions de l'appareil du système nerveux sont au nombre de 144. Ce nombre est relativement peu considérable. Cela tient, en grande partie, à la difficulté de conservation de l'encéphale et aussi aux difficultés de préparation. Mais, si ces pièces sont peu nombreuses, la plupart présentent un intérêt véritable, et quelques-unes se rapportent aux opinions nouvelles sur certaines localisations cérébrales qu'elles concourront à élucider.

Je diviserai ces pièces en sept chapitres spéciaux, à savoir:

1° Encéphalocèles et spina-bifida;

2° Hydrocéphalie;

3° Lésions du cerveau;

4° Lésions du cervelet;

5° Lésions de la moelle épinière;

6° Lésions des méninges,

7° Lésions des nerfs.

CHAPITRE PREMIER

Encéphalocèle et spina-bifida

Ce chapitre, qui comprend les hernies des centres nerveux, renferme vingt-trois pièces, du n° 1 au n° 23 inclusivement. Les douze premières sont relatives aux hernies du cerveau, desquelles on pourrait peut-être rapprocher la pièce n° 312 qui est placée parmi les usures des os du crâne par des tumeurs.

Je signalerai particulièrement les deux pièces n° 2 et n° 6.

La première est un très-bel exemple d'encéphalocèle situé à la partie antérieure du crâne; la seconde de hernie du cervelet pédiculée, pour laquelle des tentatives d'opération ont été faites et ont entraîné la mort de l'individu.

Les pièces de hernie de la moelle épinière ou de spina-bifida sont au nombre de onze, auxquelles on peut ajouter celle n° 739 *c*, qui est placée parmi les luxations. Dans toutes ces pièces de spina-bifida, suivant le siége, on trouve la moelle ou quelques nerfs dans les parois de la poche, quand la lésion occupe la région lombo-sacrée. Relativement au siége sur trois pièces, n°s 13, 14 et 23, la hernie occupe la région dorsale, et pour huit la région lombo-sacrée, n°s 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 et 22. Cette dernière est des plus remarquables au point de vue de la cause du spina-bifida, qui paraît résulter d'une exostose située à la face postérieure du corps des vertèbres. Cette exostose de forme lancéolaire a divisé la moelle en deux moitiés latérales. La pièce n° 16 est un cas de spina-bifida de

la région sacrée, avec hypergénèse de la substance grise de la moelle épinière, qui donne lieu à des tumeurs arrondies situées à l'intérieur de la poche. Enfin la pièce n° 23 est un cas remarquable d'hydrocéphalie ventriculaire, avec spina-bifida de la région dorsale ; la moelle se déplace du canal rachidien, pour venir boucher l'orifice de communication de la tumeur.

N° 1. — Tête de fœtus ; hernie du cervelet.

Cette tête, en assez mauvais état de conservation, présente à sa partie postérieure une large perforation qui occupe la partie inférieure de l'occipital, et par laquelle le cervelet faisait très-probablement hernie.

N° 2. — Moitié antérieure de la tête d'un enfant de quinze jours ; encéphalocèle situé à la partie antérieure du crâne.

Cette portion de tête présente à la région fronto-nasale une tumeur qui était arrondie, globuleuse, du volume d'un œuf de poule de moyenne grosseur, d'origine congénitale, et sans changement de couleur de la peau. La tumeur qui est pédiculée correspond par son centre à la suture fronto-nasale ; elle se prolonge en haut à environ 1 centimètre 1/2 au-dessus de cette suture, en bas jusqu'au lobule du nez, et latéralement jusqu'à l'angle interne des deux yeux. La consistance de cette tumeur, était molle, pâteuse, et on sentait dans son intérieur deux noyaux d'induration volumineux, segmentés en noyaux secondaires et situés aux extrémités du diamètre transverse. Il n'existait aucun battement ni fluctuation apréciable, la tumeur était irréductible, elle paraissait libre de toute communication avec les cavités voisines. Indolente spontanément, on faisait crier le petit malade en la pressant même légèrement entre les doigts.

On constate sur cette pièce qu'il existe une perforation du crâne, siégeant à droite, au niveau de la suture fronto-nasale. L'examen du cerveau montra que l'hémisphère gauche était normal, mais le ventricule latéral droit était rempli par une sérosité abondante qui le dilatait, et se prolongeait au loin dans le lobe frontal et occipital. L'extrémité antérieure du lobe frontal droit fait hernie à travers la perforation, qui commence à la partie antérieure de la lame criblée, à droite de l'apophyse crista-galli, et vient se terminer à la suture fronto-nasale droite.

La tumeur incisée verticalement, permet de voir qu'elle est

constituée extérieurement par du tissu cellulaire induré, qui était infiltré de liquides. Ce tissu cellulaire circonscrit une petite cavité séreuse centrale, dans laquelle existent des noyaux de substance cérébrale, représentant assez bien des fragments de circonvolution. Les noyaux se partagent en deux groupes; le groupe externe est composé de deux noyaux indépendants et adhérents à la paroi de la cavité séreuse ; le groupe interne est composé de quatre ou cinq noyaux distincts en avant, mais réunis en arrière et se continuant par un pédicule étroit, avec la partie antérieure du lobe frontal droit.

La circonférence de la tumeur, prise vers la partie adhérente, avait 12 centimètres, à la partie moyenne 13 et la distance de haut en bas était de 9 centimètres.

(Professeur Dolbeau, *Soc. de Chir.*, 1863, 2e série, t. IV, p. 13.)

N° 3. — Modèle en cire d'un fœtus atteint d'encéphalocèle volumineux; la hernie du cerveau est située à la partie postérieure du crâne.

Cette pièce a été moulée sur un fœtus qui a vécu environ six heures. Ce vice de conformation appartient au genre notencéphale de J.-G. Saint-Hilaire. C'est à la partie postérieure du crâne, au niveau de la fontanelle occipitale, que siége la hernie. Le cerveau a, dans ce point, considérablement distendu le tégument crânien; il forme une tumeur de dix centimètres de diamètre antéro-postérieur, qui recouvre la partie postérieure du cou et la partie postérieure du dos sans y adhérer.

Le crâne, par suite, présente une déformation notable : sa capacité est moindre, il est fortement déprimé de haut en bas et d'avant en arrière ; la tête a la plus grande analogie avec celle des anencéphales.

(Professeur Dupuytren, *Bull. de la Fac.*, t. III, p. 48.)

N° 4. — Modèle en cire de la pièce précédente d'encéphalocèle volumineux ; la tumeur est disséquée.

Les téguments du crâne sont représentés incisés et déjetés de chaque côté ; on constate que le cerveau en totalité est hors de la cavité crânienne, et qu'il est sorti au niveau de la fontanelle postérieure, que c'est bien lui qui constitue la tumeur de la pièce précédente. Le cervelet paraît être resté à sa place ordinaire dans le crâne.

(Professeur Dupuytren, *Bull. de la Fac.*, t. III, p. 48.)

N° 5. — Modèle en cire d'un enfant à terme, atteint d'encéphalocèle de la région occipitale, et de hernie ombilicale.

L'encéphalocèle est situé au niveau de la fontanelle postérieure, un peu au-dessous. A ce niveau, existe une tumeur pédiculée ; son point d'insertion au cuir chevelu a 3 centimètres de diamètre, tandis que la partie la plus proéminente en a 6, et la tumeur 8 centimètres de saillie. La peau qui la recouvre est lisse et dépourvue de cheveux ; mais il est impossible aujourd'hui, sur ce moulage, de déterminer la partie de l'axe cérébro-spinal contenue dans cette tumeur ; il est probable qu'elle renfermait une partie du cerveau.

La hernie ombilicale est cylindroïde ; elle a 6 centimètres de diamètre à sa base, et fait une saillie égale de 6 centimètres. Sur la partie la plus proéminente et centrale de la tumeur, se trouve implanté le cordon ombilical.

(1795.)

N° 6. — Tête d'adulte ; hernie du cervelet.

Cette tête provient d'une jeune fille de 22 ans, qui présentait, au-dessous de la protubérance occipitale externe, une tumeur du volume d'un œuf de poule. La partie adhérente de cette tumeur était pédiculée ; la peau qui la recouvrait était lisse, polie, et conservait sa couleur normale. Après dissection, on constate que cette tumeur est formée d'un tissu cellulaire dense, contenant à son centre, une petite portion du cervelet, du volume environ d'une grosse noix. Cette hernie, qui appartient au genre notencéphale de J.-G. Saint-Hilaire, s'échappait à travers une ouverture de l'occipital, ayant les mêmes dimensions, la même configuration et les mêmes caractères que le grand trou occipital, au-dessus duquel elle se trouve placée, à la distance de deux travers de doigt. Les deux lobes du cervelet contribuent également à la formation de cette hernie, et étaient recouverts en ce point de leurs enveloppes. La portion de cervelet herniée était saine ; elle ne paraît pas avoir eu à souffrir de sa position anormale. Cette hernie avait subi un commencement d'opération qui entraîna la mort de la malade.

(Professeur Lallement, *Bull. de la Fac.*, t. III, p. 48.)

N° 7.—Modèle en cire représentant l'encéphalocèle précédent, n° 6

On constate, sur cette représentation une tumeur pédiculée,

formée par la hernie du cervelet ; et qu'en outre, cette hernie s'est faite à travers une perforation de l'occipital.
(Professeur Lallement.)

N° 8. — Fœtus atteint d'encéphalocèle volumineux, situé à la partie postérieure de la tête ; notencéphale J.-G. Saint-Hilaire.

Cet enfant, né à terme, a vécu vingt-deux heures, et pendant sa courte existence, il a eu continuellement des convulsions. Tout le corps est bien conformé, la face elle-même ne présente rien de particulier ; le crâne, aplati dans son diamètre vertical, présente en arrière deux tumeurs de volume très-inégal. La voûte du crâne représente une surface plane et presque horizontale, si on la considère avec le front qui en fait en quelque sorte partie, à cause de sa direction.

La hernie cérébrale proémine fortement en arrière, retombe sur le dos, et présente un volume plus considérable que celui d'une tête de fœtus à terme. Elle est arrondie et se laisse facilement déprimer. A sa partie supérieure et sur la ligne médiane, la hernie est surmontée par une autre tumeur d'un volume relativement petit, et qui présente une forme exactement hémisphérique. Cette dernière tumeur proémine comme la moitié d'une petite orange.

Après incision de la peau, on constate que la tumeur est séparée de la peau par l'arachnoïde. Le feuillet pariétal en était blanchâtre, tandis que le viscéral laisse apercevoir par transparence les vaisseaux de la pie-mère.

La pulpe encéphalique, mise ainsi à découvert, offre à considérer trois masses distinctes : l'une antérieure et médiane, de forme semi globuleuse ; les deux autres, situées sur un plan plus postérieur, sont divisées par un sillon longitudinal de 2 à 3 centimètres de profondeur, en deux hémisphères à peu près symétriques.

Une sorte d'anneau fibreux, disposé en diaphragme largement perforé, et tout à fait comparable à l'iris quant à la forme, étrangle à sa base et circulairement la petite tumeur cérébrale antérieure, qui se trouve ainsi séparée des deux postérieures. Le plan de cet anneau est horizontal, sa forme est exactement circulaire, et la distance qui sépare ses deux circonférences est de 1 centimètre. Le diamètre de la circonférence excentrique est de 4 centimètres, ce qui donne 3 centimètres pour celui de la circonférence interne ou concentrique. Au-dessous de cette dernière qui est libre, résistante et comme tranchante, passe une languette de pulpe cérébrale qui relie la masse nerveuse antérieure aux deux hémisphères précédemment nommés.

Le même diaphragme fibreux est fixé dans la situation qu'il

occupe par les deux extrémités de son diamètre longitudinal, et par des prolongements fibreux, qui l'unissent à la face profonde des téguments, dans toute l'étendue du sillon circulaire signalé à l'extérieur du crâne. Il s'attache d'une part au rebord osseux qui limite en arrière la voûte du crâne incomplétement développée, et reçoit d'autre part l'insertion de quelques fibres groupées linéairement dans le fond du sillon inter-hémisphérique. Ces fibres, quoique peu nombreuses, offrent une assez grande résistance et représentent la faux du cerveau ; elles vont se fixer en arrière à la face profonde des téguments, dans un point très-voisin du sillon de la nuque et sur la ligne médiane.

On ne trouve à la place où se fait cette dernière insertion, aucune trace de la tente du cervelet; la peau et les faibles tissus qui la doublent, y présentent la même structure que dans les parties circonvoisines.

Les deux hémisphères, qui offrent une consistance très-molle, prennent sous la main qui les presse, toutes les formes qu'on désire, et présentent à l'extrémité externe de leur plus grand diamètre transverse, chacun une bosselure constituée comme la masse totale, par de la substance cérébrale. A droite, où elle proémine comme une noix, elle a un volume de cinq à six fois plus grand.

La pulpe nerveuse intermédiaire aux trois tumeurs est ainsi mise à nu; si on vient à l'inciser transversalement, on pénètre dans une cavité aplatie de haut en bas, ayant une forme irrégulièrement quadrilatère, et faisant communiquer l'*intérieur de l'hémisphère gauche seulement*, avec le centre de la masse cérébrale antérieure.

Il est impossible de dire si le tissu qui double inférieurement la faux du cerveau, contient en réalité de la pulpe cérébrale, vestige du corps calleux. Ce qui est certain, c'est qu'après avoir incisé la bride fibreuse en arrière, on trouve au-dessous d'elle une cavité sans forme déterminée, et dans laquelle une phalange digitale presque tout entière peut s'insinuer sans effort.

La cavité quadrilatère ci-dessus indiquée, qui ne contient pas la moindre trace de liquide, renferme sur la ligne médiane un vaisseau à parois affaissées, ayant tout à fait l'aspect d'une veine, et offrant à peu près le calibre d'une veine jugulaire externe d homme adulte. Ce vaisseau, qui pénètre en avant dans le crâne, sous le rebord duquel il s'engage, ne pourrait pas être poursuivi en arrière sans qu'on fût obligé de détruire les parois de la cavité qui représente le ventricule moyen.

Lorsqu'on vient à soulever les deux hémisphères, on voit qu'ils plongent d'une part dans la cavité crânienne, très-aplatie de haut en bas, d'autre part qu'ils recouvrent l'origine du canal rachidien. Ce dernier, très-élargi à sa partie supérieure, est limité par une vertèbre manquant de lames.

Au niveau de cette vertèbre, et sur la face postérieure de la tige médullaire qui se continue avec la racine des hémisphères, on aperçoit deux petits mamelons juxtaposés et bien circonscrits, atteignant chacun la grosseur d'une petite noisette, et d'où une simple pression fait évacuer une matière cérébrale, diffluente et jaunâtre.

Une cavité irrégulière existe dans le centre de chaque hémisphère. On peut affirmer que celle du côté droit, qui est beaucoup plus spacieuse, n'a pas été faite artificiellement; mais on peut conserver quelques doutes sur l'existence du ventricule latéral gauche, qui se présente sous forme d'une fente après qu'on a incisé l'hémisphère correspondant, au moyen d'une coupe verticale.

On ne trouve sur les parois des deux ventricules, aucune partie assez reconnaissable pour pouvoir être décrite, telle que la couche optique ou le corps strié.

(Prof. Depaul et M. Houel, *Arch. Gén. de Médec.*, 1869.)

N° 9. — Tête d'adulte, sur laquelle existe une large perforation de la partie latérale droite de l'occipital, et par laquelle s'était très-probablement faite une hernie du cervelet.

Cette tête, normale dans sa moitié antérieure, présente dans sa moitié postérieure un agrandissement considérable du diamètre transverse particulièrement. La circonférence totale de ce crâne, prise au niveau de la protubérance occipitale, est d'environ 56 centimètres. Les sutures ne sont point soudées; il semble exister encore une trace de la fontanelle postérieure, au niveau de laquelle existe une perforation irrégulière d'environ 2 centimètres dans son diamètre horizontal et 1 centimètre dans le vertical.

La moitié droite du crâne est notablement plus grande que la gauche, et les fosses occipitales beaucoup plus profondes, plus accusées. Sur ce même côté, existe une large perforation du crâne qui a 5 centimètres dans le diamètre horizontal, et de 2 1/2 à 3 centimètres dans le vertical; les bords en sont irréguliers, déjetés en dehors. Cette perforation est creusée dans l'occipital, qu'elle dépasse en dehors, et arrive jusqu'à la suture occipito-temporale qui est soudée.

De ce même côté, dans l'étage moyen, sur le côté de la selle turcique, se trouve une large perforation oblongue, obliquement dirigée de dehors en dedans, d'arrière en avant, qui a près de 5 centimètres de long sur 1 et demi de large, et qui met en communication le trou déchiré antérieur avec le postérieur. Il est très-probable que ces lésions sont produites par une dilatation ou hydropisie des ventricules droits du cerveau et du cervelet, et

que des hernies existaient par ces orifices. Le trou occipital est lui-même déformé, un peu agrandi du côté droit.

N° 10. — Base du crâne d'un adulte; hernie du cervelet à travers le trou occipital très-agrandi.

Cette tête provient d'un individu âgé d'environ 80 ans. Le crâne, un peu déformé, est élargi dans sa moitié postérieure : les sutures sont normales à la voûte ; à la base elles sont en grande partie soudées. Les trous de la base du crâne paraissent aussi rétrécis, ce qui résulte probablement d'une hypertrophie assez notable de ces os.

Le trou occipital seul est très-élargi ; la partie antérieure de ce trou ou intercondylienne, est à peu près normale, tandis que la partie postérieure a acquis des dimensions très-considérables, aux dépens de la portion de l'occipital, située au-dessous de la protubérance. Ce trou a changé de configuration ; il est à peu près carré. Chacun des côtés présente environ 6 centimètres; le bord postérieur, formé par la partie moyenne de l'occipital, est très-épais. Ce trou a d'avant en arrière 6 centimètres et demi et 6 centimètres transversalement. Il est à regretter que cette pièce soit sans renseignements. Les seuls que je possède, c'est qu'avec la moelle il s'engageait une hernie des centres nerveux par cette large perforation.

(Professeur Breschet, 1836.)

N° 11. — Déviation congénitale du condyle droit de l'occipital; rétrécissement du trou occipital sans compression de la moelle allongée.

Cette pièce provient d'un jeune soldat de 22 ans, d'une constitution robuste et d'un embonpoint assez considérable. Le trou occipital a la forme d'un croissant, cette configuration extraordinaire, résulte de ce que le condyle du côté droit, au lieu d'être placé obliquement d'avant en arrière sur les côtés du trou occipital, est dirigé transversalement, de manière que son axe est perpendiculaire à celui du côté opposé. Le trou occipital se trouve rétréci d'un tiers environ. Ce condyle, au lieu d'être convexe, suivant son grand diamètre, est concave, et l'apophyse articulaire de l'atlas était convexe. Ce jeune homme jouissait d'une santé parfaite et de l'intégrité de ses mouvements.

(M. Ollivier d'Angers, *Traité de la moelle épinière*, t. I^er^, p. 420, obs. 42.

N° 12. — Fœtus de huit mois environ; hernie de la partie supérieure du cerveau; hydrencéphalocèle.

Ce fœtus présente un grand nombre de vices de conformation qui le rapproche de certains autres qui sont classés parmi les lésions de l'appareil de la digestion. Outre la lésion cérébrale, il existe un bec de lièvre, une atrophie de l'œil gauche, une ectopie du cœur qui est située en dehors de la cavité thoracique, et une hernie de presque tous les viscères abdominaux : intestins, estomac et foie. La main gauche est réduite à un seul doigt rudimentaire.

L'hyperencéphalie est presque complète, la plupart des os de la voûte du crâne manquent, ou sont rudimentaires, et le cerveau se trouve largement à découvert à sa partie supérieure, où il fait hernie. Le placenta qui occupe également cette région, a contracté de nombreuses et solides adhérences, avec les enveloppes du cerveau.

(M. Houel.)

N° 13. — Portion inférieure du bulbe, avec la moelle épinière; hydrorachis de la région cervico-dorsale.

Cette pièce provient d'une femme âgée de 36 ans, qui est morte paraplégique; elle avait conservé la sensibilité du bras droit, mais les mouvements étaient impossibles.

Au niveau du bulbe rachidien, le sillon médian postérieur est très-accusé et profond, il a 2 centimètres environ ; au-dessous du bulbe les deux moitiés de la moelle sont renversées en dehors, la moelle ne forme plus guère qu'une espèce de ruban aplati, large de 3 centimètres. Cet épanouissement de la moelle a 9 centimètres de hauteur; il a été occasionné par un hydrorachis qui existait au niveau de cette région. Il semble que le sillon médullaire postérieur ait été ouvert, et les deux faisceaux médullaires écartés jusqu'au niveau des commissures. Au-dessous de ce point, dans toute l'étendue de la moelle, le sillon postérieur est très-accusé, élargi et profond; au niveau de la queue de cheval, il se prolonge manifestement jusqu'à la commissure postérieure.

(Professeur Velpeau, 1825.)

N° 14. — Tronçon de colonne vertébrale de fœtus; spina-bifida de la région dorsale.

Cette pièce, en assez mauvais état de conservation, consiste

dans un tronçon de colonne vertébrale qui a été recueilli sur un enfant de 15 jours. Il avait très-probablement existé dans la région dorsale, un hydrorachis qui s'est ouvert. Il existe, en effet, à cette hauteur une fissure cutanée verticale, d'environ quatre centimètres de long, qui communique par un orifice étroit avec le canal rachidien, et dans laquelle on ne trouve point trace de la déviation de la moelle, ni même de filaments nerveux.

(M. Pigné.)

N° 15. — Colonne vertébrale, région lombaire avec le sacrum; spina-bifida de la région sacrée.

Sur cette pièce qui appartient à un jeune homme, on constate l'existence d'un spina-bifida, qui occupe la ligne médiane de la région lombaire. La moelle, à ce niveau, est venue faire hernie de manière à tapisser l'intérieur de la poche qui a été ouverte. On voit que la partie inférieure de l'axe cerebro-spinal est creusé d'un petit canal qui communique avec la cavité de la poche, sur la surface interne de laquelle la moelle est venue s'épanouir. Six paires de nerfs de chaque côté naissent de la moelle épanouie, dilatée. Les points d'origine de ceux d'un côté, se trouvent écartés de quatre centimètres de ceux du côté opposé. Ces nerfs distincts dans la poche, au niveau de leur origine, se perdent ensuite dans l'épaisseur de la paroi.

(M. Barth, 1842.)

N° 16. — Fœtus atteint de spina-bifida de la région sacrée, avec tumeur volumineuse formée par hypergénèse de la substance grise de la moelle épinière.

Ce fœtus du sexe féminin, qui a de six à sept mois, est né d'une jeune fille de 18 ans. L'enfant a vécu près de quatre heures. Ce fœtus, à l'exception de la tumeur qu'il porte dans la région sacrée, est bien conformé.

Entre les deux jambes, immédiatement au-dessous du bassin, est située une tumeur d'un volume au moins égal à celui de la tête de l'enfant. Sa forme était régulièrement sphéroïde. Sur sa face antérieure recouverte par la peau s'observe, une ouverture circulaire qui est l'anus.

A la face postérieure, la peau qui recouvre la portion inférieure de la tumeur, se continue avec une membrane mince d'un aspect violacé, qui se confond au-dessus de la région sacrée avec les téguments ; il existait à ce point une fluctuation manifeste. Après avoir fait écouler le liquide par une incision, on aperçoit

un orifice étroit à travers lequel un stylet pénètre dans le canal rachidien.

Dans cette tumeur qui est arrondie, mamelonnée, et était d'un blanc rougeâtre, sillonnée par de nombreux tractus vasculaires, on constate qu'elle est formée de plusieurs lobules agglomérés. A la coupe, cette tumeur présente des variations de consistance : certains points sont un peu plus durs que d'autres.

Le canal rachidien est bien conformé, excepté à la partie inférieure du sacrum, où il existe un spina-bifida. C'est à travers cette ouverture étroite que la pie-mère rachidienne se prolonge sur la tumeur dont elle forme l'enveloppe la plus immédiate. Il n'existe point de nerfs visibles à l'œil nu, sur les parois de la poche fibro-vasculaire dans laquelle la tumeur est renfermée.

L'examen histologique de la tumeur a montré, au milieu d'une matière amorphe qui en constitue la masse principale, une quantité considérable de noyaux à contours foncés, tantôt ellipsoïdes, tantôt sphéroïdaux, offrant un diamètre de 5 à 8 millièmes de millimètres, finement granulés et renfermant pour la plupart un ou deux nucléoles à l'intérieur, myelocytes de Robin. A coté de ces éléments, existent quelques cellules plus volumineuses et plus pâles, dont le diamètre atteint 10 à 12 millièmes de millimètres, et qui contiennent des noyaux semblables aux précédents. L'acide acétique dissout les cellules après les avoir pâlies et gonflées.

(Professeur Rayer, *Mém. Soc. de Biol.*, 3e série, t. V, p. 117, 1863.)

N° 17. — Tronçon de colonne vertébrale se rapprochant de la région lombaire; spina-bifida.

Sur ce tronçon de colonne vertébrale, on observe en arrière une tumeur assez volumineuse qui a été incisée verticalement; cette tumeur communique largement avec le canal rachidien. Plusieurs apophyses épineuses manquent, et sur les parois de la poche s'observent un certain nombre de filaments nerveux arrondis qui sont contenus dans son épaisseur.

N° 18. — Sacrum; spina-bifida de la région sacrée postérieure.

Cette pièce provient d'un enfant qui a vécu dix jours. Il existait dans la région sacrée postérieure, une tumeur qui avait environ 5 centimètres dans tous ses diamètres; elle était recouverte en partie par les enveloppes de la moelle. Cette tumeur était le siége d'une suppuration abondante et fétide; le moindre contact était très-douloureux et faisait pousser des cris à l'enfant, qui a eu plusieurs attaques de convulsions.

On constate à l'union de la troisième avec la quatrième vertèbre sacrée, une perforation médiane d'environ 5 millimètres de hau-

teur sur 3 de largeur. Cet orifice communique avec le canal sacré, par lequel s'échappe un certain nombre de filaments nerveux qui rampent dans l'épaisseur des parois de la poche et font relief à sa surface interne, dont il est facile de les détacher.

(M. Bouillon-Lagrange, *Soc. Anat.*, 1837, t. XII, p. 138.)

N° 19. — Portion inférieure de la colonne vertébrale d'un jeune enfant; spina-bifida de la région lombo-sacrée.

Cette pièce provient d'un jeune enfant. Il existe au niveau de la partie inférieure de la région lombaire, une tumeur qui était arrondie. Cette tumeur a été disséquée par sa face profonde et renversée de haut en bas. On voit manifestement que la poche est composée de deux membranes; l'externe cutanée, l'interne qui par son pédicule se continue jusque dans le canal rachidien avec les enveloppes de la moelle, est constituée par ces dernières. On voit aussi comme c'est la règle, et cela d'une manière évidente, les nerfs de la queue de cheval, faire en partie hernie avec les enveloppes médullaires, et s'irradier dans les parois de la poche.

(Professeur Gosselin.)

N° 20.— Tronçon inférieur de la colonne vertébrale, avec le bassin; spina-bifida de la région lombaire.

Cette pièce, assez mal préparée et dans un mauvais état de conservation, provient d'un jeune enfant. Il existe un spina-bifida de la partie postérieure de la région lombaire. La tumeur, qui égalait un œuf de poule, était remplie de liquide. Elle a été ouverte, et on voit que sa cavité est tapissée par les méninges rachidiennes, sur lesquelles on distingue très-nettement les irradiations nerveuses de la moelle épinière qui ont été entraînées dans cette hernie, et se répandent dans les parois de la poche. L'orifice de communication avec le canal rachidien est assez étroit.

(Professeur Breschet.)

N° 21. — Tronçon de colonne vertébrale, avec le bassin; spina-bifida de la région lombo-sacrée.

Cette pièce, assez mal préparée, provient d'un fœtus dont les apophyses épineuses et les lames de la région lombaires et sacrée manquent; le canal rachidien se trouve largement ouvert en arrière, et réduit à une gouttière. Cette altération remontait dans la région dorsale, à une hauteur qu'il n'est plus possible de préciser.

N° 22. — Tronçon de colonne vertébrale d'un enfant mort-né, composé des dernières vertèbres dorsales, des vertèbres lombaires, et du sacrum; spina-bifida; exostose cartilagineuse du canal rachidien.

Sur cette pièce le spina-bifida occupe le siége le plus ordinaire de ces lésions, la région lombo-sacrée. La tumeur cutanée pouvait avoir le volume d'un petit œuf de poule. Dans la paroi de la poche, à la face interne, on retrouve de petits filaments nerveux, comme cela s'observe le plus souvent. L'ouverture de communication de la poche avec le canal rachidien est large, elle a verticalement environ 1 centimètre 1/2 et 1 centimètre transversalement.

Une coupe verticale pratiquée sur la colonne vertébrale au niveau des trous de conjugaison, permet de constater qu'il existe à l'intérieur du canal rachidien une exostose de forme triangulaire disposée en forme de lance, longue de 12 millimètres ; la hauteur à la base est de 11 millimètres. Cette exostose qui est cartilagineuse, s'insère sur la ligne médiane de la face postérieure du corps de la troisième et quatrième vertèbre lombaire ainsi que sur le disque. Elle parcourt d'avant en arrière la cavité du canal rachidien, et le sommet pointu s'engage dans l'orifice du trajet qui met en communication la poche du spina-bifida avec la cavité du rachis.

La moelle épinière qui à cet âge de la vie descend jusqu'à la région sacrée, est divisée verticalement sur la ligne médiane dans une assez grande hauteur, environ 2 centimètres ; au-dessous, les deux moitiés de la moelle se réunissent de nouveau. C'est dans cet écartement que pénètre l'espèce d'exostose lancéolaire, pour s'engager dans l'orifice de communication de la cavité du rachis avec la tumeur. Il est très-probable que c'est à la présence de cette exostose qu'est due la division médiane de la moelle et l'orifice osseux du spina-bifida. Le sommet de cette apophyse, en s'interposant entre les arcs postérieurs des vertèbres, s'est opposé à leur réunion.

(MM. Scribe et Houel, *Soc. de Chir.*, 1877, t. III, p. 825.)

CHAPITRE II

Hydrocéphalie

Le nombre des pièces relatives à l'hydrocéphalie est de vingt-sept, tant que crânes et cerveau avec le crâne, du n° 24 au n° 50 inclusivement. Un certain nombre de crânes ont été étudiés avec soin par M. Vinsonneau (1), élève de M. Broca, ce qui m'a permis d'en donner les mesures crânométriques, n°s 24, 25, 26, 36, 40, 41, 42, 43. La pièce n° 35 est un exemple assez rare d'hydromicro-céphalie.

N° 23. — Moitié latérale droite de la tête, avec un tronçon de colonne vertébrale, composé des sept cervicales, douze dorsales et des deux premières vertèbres lombaires; hydrocéphalie ventriculaire, avec spina-bifida de la région dorsale.

Cette pièce, très-bien préparée, a été prise sur un jeune sujet qui est mort d'hydrocéphalie. On constate qu'il existe une hydrocéphalie ventriculaire très-considérable ; le corps calleux et les circonvolutions cérébrales sont refoulés contre la voûte du crâne, qui a elle-même subi une dilatation excentrique. Le cerveau présente dans sa partie supérieure une atrophie notable, les circonvolutions sont en grande partie effacées et la capacité de la poche ventriculaire pourrait loger une tête de fœtus à terme. Le cervelet est normal, mais le quatrième ventricule a subi une légère dilatation, tout en conservant sa forme régulière.

---

(1) M. Vinsonneau, Thèse de Paris (1873). Contributions à l'histoire anotomo-pathologique de l'hydrocéphalie chronique.

Une coupe latérale a été pratiquée sur la partie droite des arcs postérieurs des vertèbres. Cette coupe permet de constater que la moelle est normale à sa partie supérieure ; mais au niveau de la septième vertèbre dorsale, elle se dévie en arrière, pour se rendre à travers un orifice situé au niveau de cette région, dans une poche kystique qui est en communication avec le canal rachidien. Il s'agit donc ici d'un spina-bifida de la région dorsale, dans la paroi duquel la moelle épinière est attirée. Au-dessous de l'orifice, la moelle s'infléchit en avant pour reprendre sa position normale dans le reste du canal rachidien.

La tumeur formée par le spina-bifida a le volume d'un gros œuf; elle est constituée par la peau et les enveloppes de la moelle; elle contenait un liquide séreux qui était en communication avec le canal rachidien, Elle ne présente dans l'épaisseur de sa paroi que de légers tractus nerveux.

(M. Lenoir, 1838.)

N° 24. — Squelette complet d'enfant, dont la tête est atteinte d'hydrocéphalie.

Ce squelette est celui d'un enfant hydrocéphale âgé de 3 ans, dont la tête a acquis un volume considérable, principalement dans le sens antéro-postérieur.

Le développement de la tête s'est surtout produit aux dépens de la moitié postérieure. La saillie que fait l'occipital en arrière de l'arc postérieur de l'atlas, est de 12 centimètres. Les sutures sont larges, mal engrenées; elles sont remarquables par leur laxité. Il existe un certain nombre d'os wormiens, dont deux volumineux situés à gauche, sur les sutures sphéno-frontale et sphéno-pariétale, et un troisième au niveau de la fontanelle latérale postérieure gauche. Mesuré extérieurement au niveau du diamètre occipito-frontale, ce crâne a 67 centimètres; le diamètre bi-pariétal est de 18 centimètres.

Mesures crâniométriques données par M. Vinsonneau :

1° *Diamètre* antéro-*postérieur*, *maximum* 216 millimètres, iniaque 216 millimètres, transverse maximum 161 millimètres, indice céphalique 075m92, bi-temporal 154 millimètres, bi-auriculaire 112 millimètres, frontal maximum 131 millimètres, frontal minimum 95 millimètres, occipital 117 millimètres.

2° *Courbes*, frontale sous-cérébrale 22 millimètres, cérébrale 158 millimètres, totale 180 millimètres; *pariétale* 195 millimètres, *occipitale*, sus-occipitale 100 millimètres, cérebelleuse 50 millimètres, totale 150 millimètres, totale cérébrale 475 millimètres, totale cérébrale et cérebelleuse, 525 millimètres. *Transverse*, supérieure 400 millimètres, inférieure 120, totale 520 millimètres.

Horizontale antérieure 270 millimètres, postérieure 380 millimètres, totale 650 millimètres.

3° *Orbites, droite*, largeur 32 millimètres, hauteur 34 millimètres, indice orbitaire 105m51, profondeur 40 millimètres; *gauche*, largeur 33 millimètres, hauteur 33m5. Indice orbitaire 106m25, profondeur 41 millimètres, espace inter-orbitaire 19 millimètres.

(Ancienne Académie de Chirurgie.)

N° 25.— Portion de squelette d'un jeune enfant mort hydrocéphale.

La tête, extrêmement volumineuse, est asymétrique ; le côté gauche est plus proéminent et plus distendu que le droit. Il existe un os wormien sur la suture métopique. La fontanelle antérieure mesure 11 centimètres dans les deux sens, tranversal et antéro-postérieur. Il existe quelques os wormiens dans la suture coronale. La suture sagittale est membraneuse, large de 1 à 3 centimètres, avec plusieurs gros os wormiens. Un certain nombre de ces os disposés irrégulièrement, se trouvent sur divers points du crâne; ils sont plus volumineux à droite et comblent les sutures lambdoïde, temporo-pariétale, et spheno-frontale. C'est une courbe non interrompue d'os supplémentaires, qui circonscrit les deux tiers postérieurs du crâne. Le diamètre occipito-frontal est de 64 centimètres, le bi-pariétal de 26 centimètres.

Mesures crâniométriques données par M. Vinsonneau :

Diamètres. — Antéro-postérieur maximum 174 millimètres, iniaque 174 millimètres. Transverse maximum 168 millimètres, indice céphalique 96 mil. 58, bi-temporal 146 millimètres, bi-auriculaire 88 millimètres, frontal maximum 175 millimètres, minimum 112 millimètres, occipital 105 millimètres.

Courbes. — Sous-céphalique 10 millimètres, transverse supérieure 470 millimètres, inférieure 110 millimètres, totale 590 millimètres. Horizontale antérieure 350 millimètres, postérieure 240 millimètres, totale 590 millimètres.

Orbites. — Droite, largeur 31 mil. 5, hauteur 35 millimètres, indice orbitaire 111 mil. 11, profondeur 38 mil. 5. Gauche, largeur 33 millimètres, hauteur 33 millimètres, indice orbitaire 100 millimètres, profondeur 41 millimètres, espace inter-orbitaire 25 millimètres.

(Professeur Breschet 1836.)

N° 26. — Squelette d'un enfant hydrocéphale.

Ce squelette est celui d'un enfant de 5 ans environ. Le crâne a acquis des dimensions considérables dans le sens vertical; il a du trou occipital au point le plus élevé de la suture sagittale, 20 centimètres; la circonférence fronto-occipitale a 68 centimètres, et le diamètre bi-pariétal est de 18 centimètres. Les os du crâne sont très-minces, à jour dans certains points ; la plupart des sutures sont soudées. La suture métopique n'est marquée à la partie supérieure que dans une étendue de quelques centimètres.

Sur la suture coronale dont le tiers supérieur est linéaire, on observe quinze os wormiens, dont trois volumineux, sont situés sur le vertex. Enfin des os wormiens dont le plus petit à 10 millimètres, et le plus grand 40, forment exclusivement la suture lambdoïde.

Mesures crâniométriques données par M. Vinsonneau :

Diamètres. — Antéro-postérieur maximum 210 millimètres, iniaque 210 millimètres, transverse maximum 174 millimètres, indice céphalique 82 mil. 85, bi-pariétal 157 millimètres, bi-auriculaire 118 millimètres, frontal maximum 148 millimètres, minimum 99 millimètres, occipital 109 millimètres.

Courbes. — Antéro-postérieure, frontale sous-cérébrale 20 millimètres, cérébrale 180 millimètres, totale 200 millimètres. Pariétale 190 millimètres. Occipitale, sus-occipitale 100 millimètres, cérébelleuse 45 millimètres, totale 145 millimètres. Cérébrale 490 millimètres, cérébrale et cérébelleuse 535 millimètres. Tranverse supérieure 443 millimètres, inférieure 139 millimètres, totale 582 millimètres. Horizontale antérieure 330 millimètres, postérieure 330 millimètres, totale 660 millimètres.

Orbites. — Droite : largeur 37 mil. 5, hauteur 44 millimètres, indice orbitaire 117 mil. 30, profondeur 42 millimètres. Gauche, largeur 39 millimètres, hauteur 48 millimètres, indice orbitaire 123 mil. 07, profondeur 44 millimètres, espace inter-orbitaire 20 millimètres.

(M. Fleury de Clermont, *Bull. de la Fac.* 1806, p. 157.)

N° 27. — Squelette d'un enfant hydrocéphale.

Ce squelette est celui d'un enfant d'environ trois ou quatre ans. Le crâne, très-allongé dans le sens antéro-postérieur, présente à sa surface des saillies ; il en existe une arrondie au niveau des bos-

ses frontales. Le développement de la partie postérieure est plus régulier. Les sutures sont larges, remarquables par leur laxité et de grands espaces membraneux. Il existe un certain nombre d'os wormiens, dont deux volumineux sur les sutures sphéno-pariétale, et sphéno-frontale et un au niveau de la fontanelle latérale postérieure gauche.

Mesures crâniométriques donnés par M. Vinsonneau :

Diamètres. — Antéro-postérieur maximum 158 millimètres, iniaque 136 millimètres, transverse maximum 136 millimètres, indice céphalique 86 mil. 07, bi-temporal 112 millimètres, bi-auriculaire 90 millimètres, frontal maximum 107 millimètres, minimum 81 millimètres, occipital 92 millimètres.

Courbes. — Antéro-postérieure frontale sous-cérébrale 26 millimètres, cérébrale 114 millimètres, totale 140 millimètres. Pariétale 110 millimètres. Occipitale, sus-occipitale 80 millimètres, cérébelleuse 30 millimètres, totale 110 millimètres; totale: cérébrale 330 millimètres, cérébrale et cérébelleuse 360 millimètres. Transverse supérieure 330 millimètres, inférieure 90 millimètres, totale 420 millimètres. Horizontale, antérieure 270 millimètres, postérieure 220 millimètres, totale 490 millimètres.

Orbites. — Droite, largeur 25 millimètres, hauteur 28 mil. 5, indice orbitaire 114 millimètres, profondeur 39 millimètres. Gauche, largeur 28 millimètres, hauteur 29 millimètres, indice orbitaire 103 mil. 57, profondeur 33 millimètres, espace inter-orbitaire 18 millimètres.

N° 28. — Squelette d'enfant hydrocéphale.

Ce squelette, bien conformé, provient d'un enfant d'environ sept ans, mort d'hydrocéphalie. La tête, qui a acquis un volume considérable, présente un développement à peu près égal dans toute ses parties. Les os sont minces, il y a persistance à un faible degré de la fontanelle antérieure, la postérieure est fermée par deux os wormiens dont un est d'assez large dimension. La circonférence occipito-frontale est de 62 centimètres et le diamètre bipariétal de 20 centimètres.

(Professeur Breschet, 1821.)

N° 29. — Squelette d'enfant hydrocéphale.

Ce squelette d'enfant hydrocéphale, qui est mort à l'âge d'environ

deux mois, est bien conformé ; le crâne dans toutes ses parties a subi un développement à peu près égal, d'où résulte qu'il a un aspect assez régulier. La fontanelle antérieure a acquis des proportions considérables, la postérieure est fermée par un os wormien assez petit. Le crâne,dans sa circonférencefronto-pariétale a 50 centimètres et 15 dans son diamètre bi-pariétal.

(Fragonard, 1796.)

N° 30. — Squelette de fœtus hydrocéphale.

Squelette de fœtus à terme qui est atteint d'hydrocéphalie considérable. Le développement de la tête s'est fait assez régulièrement ; elle est à peu près le double que dans l'état normal. La fontanelle antérieure a acquis un grand développement, les sutures sont disjointes et leur écartement est rempli par des membranes qui ne sont point envahies par des ossifications. Les os sont très-minces et les deux frontaux au-dessous de leur base, présentent même chacun une perforation ; celle de droite est plus étendue que la gauche.

N° 31. — Squelette de fœtus hydrocéphale.

Squelette de fœtus qui est né avant terme : les os, pour les clavicules et les tibias présentent des courbures anormales qui rappellent assez celles des rachitiques. La tête, volumineuse, est atteinte d'hydrocéphalie ; elle est environ un tiers plus volumineuse qu'à l'état normal. Le développement des os étant assez incomplet, les fontanelles sont très-étendues, et les sutures écartées sont remplacées par des membranes. Ce fœtus présente en outre une particularité assez remarquable de son squelette, et qui est bornée aux doigts et aux orteils : pour chaque membre il existe un petit appendice ou doigt surnuméraire à deux phalanges, implanté sur le cinquième métacarpien pour les membres supérieurs et sur le cinquième métatarsien pour les inférieurs.

(M. Launay, *Bull. de la Fac.*, t. III p. 393.)

N° 32. — Squelette d'enfant hydrocéphale.

Ce squelette est celui d'un jeune enfant atteint d'hydrocéphalie. Le développement de la tête s'est fait d'une manière assez régu-

lière, les fontanelle antérieure et postérieure, sont considérables, et les os sont minces, unis entre eux par de larges membranes. L'occipital est complétement divisé, de l'angle supérieur de cet os au bord postérieur du trou occipital. Ce trou est elliptique, à base déformée. La circonférence fronto-occipitale est de 24 centimètres.

(Professeur Breschet, 1836.)

N° 33. — Squelette d'enfant hydrocéphale.

Ce squelette, en assez mauvais état de conservation pour la tête, est celui d'un enfant de 10 mois. Le segment postérieur de la tête a pris un plus grand développement que l'antérieur. La circonférence fronto-occipitale est de 50 centimètres, et le diamètre bi-pariétal, de 17 centimètres.

(Ancienne Académie de chirurgie.)

N° 34. — Squelette de fœtus à terme, atteint d'hydrocéphalie.

La tête de ce squelette qui est à terme, est atteinte d'hydrocéphalie à un haut degré ; le segment postérieur de la tête a surtout subi un grand développement. Les fontanelles sont très-étendues, les sutures, écartées de plusieurs centimètres, sont réunies par de larges membranes. La circonférence fronto-occipitale est de 60 centimètres, le diamètre bi-pariétal est de 22 centimètres. Les os sont très-minces atrophiés dans leur développement.

N° 35. — Tête d'enfant atteint d'hydromicro-céphalie.

Cette tête, qui est d'un très-petit volume, a été recueillie sur un enfant du sexe féminin qui est mort d'une pneumonie, six jours après sa naissance. Le crâne a une petitesse remarquable, il mesure en circonférence de la protubérance occipitale à la partie moyenne du front, 26 centimètres 3 millimètres. Le diamètre transverse pris à l'intérieur, dans la partie la plus large qui correspond à la base des deux rochers, est de 6 centimètres 5 millimètres ; le diamètre antéro-postérieur, pris également à

l'intérieur, est de 8 centimètres. Les os sont remarquables par leur développement, au lieu d'être écartés au niveau de leurs sutures, et amincis ainsi que cela s'observe chez les hydrocéphales, sont au contraire plus épais, plus durs. Non-seulement la partie membraneuse des sutures manque, mais les os chevauchent un peu les uns sur les autres, même au niveau des fontanelles qui se trouvent ainsi fortement fermées. Il résulte de cette disposition que le crâne est moins volumineux que dans l'état normal, sans présenter cependant cette déformation de crâne pointu vers son sommet, signalée dans ces cas par Breschet. Le front est aplati, fuit en arrière, et les yeux étaient plus saillants que dans l'état normal.

A l'ouverture du crâne, il s'échappa une quantité considérable de sérosité citrine qui était contenue dans les ventricules dilatés. Les hémisphères cérébraux recouverts de leur membrane, auxquelles ils adhéraient intimement, étaient réduits à une simple lame qui n'était point dans tous les points appliquée contre les os. Cette lame n'était point aussi distendue qu'elle aurait pu l'être, et formait un assez grand nombre de plis. La couche de substance qui en faisait partie était jaunâtre, très-ferme, coriace. Cette lame, extrêmement mince, n'avait guère qu'un demi-millimètre d'épaisseur. Les ventricules latéraux étaient très-dilatés, et communiquaient largement les uns avec les autres. Les couches optiques et les corps striés étaient réduits à un petit volume.

(M. Padieu, *Soc. anat.*, 1836, t. X, p. 158.

N° 36. — Tête d'un jeune sujet hydrocéphale, avec disjonction des sutures.

Cette tête provient d'un enfant de 4 ans, hydrocéphale. Le front est bombé, les bosses frontales sont écartées l'une de l'autre de 10 centimètres. La circonférence fronto-occipitale est de 58 centimètres; de la racine du nez au trou occipital en passant par le vertex, on trouve 40 centimètres. Le diamètre antéro-postérieur est de 20 centimètres; le transverse, de 15. La face est triangulaire et courte. Il existe, sur les pariétaux, un grand nombre de perforations, traces de la suture métopique. Il existe un os épactal de 4 centimètres dans les deux sens, longueur et largeur.

Mesures crâniométriques données par M. Vinsonneau:

Diamètres. — Antéro-postérieur maximum 196 millimètres; iniaque 174 millimètres; transverse maximum 160 millimètres;

indice céphalique 81 mil. 63; bi-temporal 150 millimètres; bi-auriculaire, 110 millimètres; frontal maximum 130 millimètres; minimum 87 millimètres; occipital 115 millimètres.

Courbes. — Antéro-postérieure, frontale sous-céphalique 20 millimètres; cérébrale 140 millimètres; totale 160 millimètres; pariétale 170 millimètres; occipitale, sus-occipitale 95 millimètres; cerebelleuse 50 millimètres; totale 145 millimètres; totale cérébrale 425 millimètres; totale cérébrale et cérébelleuse 475 millimètres; transverse supérieure, 410 millimètres; inférieure 120 millimètres; totale 530 millimètres; horizontale antérieure 290 millimètres; postérieure 310 millimètres; totale 600 millimètres.

Orbites. — Droite, largeur 33 millimètres; hauteur 35 millimètres; indice orbitaire 106 mil. 03; profondeur 39 millimètres; gauche, largeur 32 mil. 5; hauteur 34 mil. 5; indice orbitaire 106 mil. 25; profondeur 39 millimètres; espace inter-orbitaire 18 millimètres;

(Ancienne Académie de chirurgie.)

N° 37. — Tête d'un jeune enfant hydrocéphale.

Cette tête qui a été recueillie chez un enfant mort peu de temps après la naissance, a un volume considérable. Les fontanelles sont très-larges, les os écartés, sont réunis par des espaces membraneux larges. La face est très-petite, la dentition n'est point encore commencée. La circonférence fronto-occipitale est de 52 centimètres, le diamètre bi-pariétal de 18 centimètres.

(M. Pigné.)

N° 38. — Tête d'un jeune enfant hydrocéphale.

Cette tête à acquis un développement considérable et assez régulier; toute la partie la plus élevée de la voûte crânienne manque, elle est remplacée par une large membrane qui fait communiquer les deux fontanelles antérieure et postérieure. L'écartement du bord supérieur des pariétaux, par conséquent la suture sagittale, est de 12 centimètres. La circonférence fronto-occipitale est de 62 centimètres, le diamètre bi-pariétal est de 19 centimètres. La base du crâne qui n'a point pris une part aussi

considérable à ce développement, est d'une grande irrégularité dans sa forme.

(M. Houel.)

N° 39. — Tête d'un jeune enfant hydrocéphale.

Cette tête provient d'un jeune enfant mort hydrocéphale, à l'âge de 10 ans. Le crâne dans son grand développement est assez régulier, et tranche sur la face qui est très-petite. Les sutures qui ont subi un allongement considérable, sont jointes par des dentelures. Dans certains points ces dentelures ne s'engrennent pas, elles arrivent à peine au contact, mais partout où il y a contact elles tendent à disparaître et à se souder.

La circonférence fronto-occipitale est de 63 centimètres, le diamètre bi-pariétal de 19 centimètres.

(Anc. Acad. roy. de chirurgie.)

N° 40. — Tête d'un sujet hydrocéphale.

Cette tête provient d'un sujet adulte qui était affecté d'hydrocéphalie. Le front qui est très-large ne présente point de saillie anormale. Le développement de la tête s'est fait d'une manière assez régulière. La circonférence fronto-occipitale est de 66 centimètres ; le diamètre bi-pariétal de 20 centimètres. Ce crâne est volumineux à suture métopique; il n'existe ni fontanelles, ni espace membraneux. L'os épactal est partagé en plusieurs fragments distincts. La suture lambdoïde offre 53 os wormiens. On aperçoit un de ces os qui tient toute l'étendue des sutures sphéno-frontale et sphéno-pariétale. L'amplitude des cavités orbitaires est normale.

Mesures crâniométriques données par M. Vinsonneau. La capacité de ce crâne mesurée avec du millet, est de 3,748 centimètres cubes.

Diamètres : Antéro-postérieur, maximum 204 millimètres ; minimum 190 millimètres ; transverse, maximum 190 millimètres, indice céphalique 93 mil. 13 ; bi-temporal 186 millimètres ; bi-auriculaire 142 millimètres ; frontal, maximum 179 millimètres ; minimum 117 millimètres ; occipital 114 millimètres ; vertical, basilo-bregmatique 144 millimètres ; maximum 148 millimètres ; ligne naso-basilaire 98 millimètres ; longueur de l'apophyse basilaire 28 millimètres ; trou occipital, longueur 35 millimètres ;

largeur 28 millimètres ; indice occipital 80 millimètres ; angles occipitaux et basilaire, + 5° ; de Daubenton — 10° ; deuxième angle, + 3° ; angle de camper à la glabelle, 95°.

Courbes. Antéro-postérieur frontale, sous-cérébrale 15 millimètres ; cérébrale 150 millimètres ; totale 165 millimètres. Pariétale 155 millimètres ; occipitale, sus-occipitale 105 millimètres ; cérébelleuse 55 millimètres ; totale : 160 millimètres. Totale cérébrale 425 millimètres ; cérébrale et cérebelleuse 480 millimètres ; Transverse supérieure 430 millimètres ; inférieure 140 millimètres ; totale 570 millimètres. Horizontale antérieure 290 millimètres ; postérieure 370 millimètres ; totale 660 millimètres. *Orbites.* Droite : largeur 41 millimètres ; hauteur 38 mil. 5 ; indice-orbitaire 93 mil. 90 ; profondeur 50 mil. 5. Gauche, largeur 42 millimètres ; hauteur 37 mil. 5 ; indice-orbitaire 89 mil. 28 ; profondeur 47 millimètres ; espace inter-orbitaire 25 millimètres.

(Anc. Acad. de chirurgie.)

N° 41. — Tête d'un sujet adulte hydrocéphale.

Cette tête provient d'un sujet adulte ; elle est volumineuse et a un développement régulier. Les os sont articulés par engrènement et sans soudure, à l'exception cependant de la suture des deux frontaux qui est complète. La circonférence fronto-occipitale est de 62 centimètres, le diamètre bi-pariétal de 18 centimètres. Il existe un os wormien au niveau du bregma. La suture lambdoïde large d'un à plusieurs centimètres, est formée d'os wormiens volumineux, dont les dentelures affectent une disposition étoilée. La suture métopique fait défaut.

Mesures crâniométriques données par M. Vinsonneau :

La capacité du crâne, mesurée avec du millet, a donné 3,286 centimètres cubes.

Diamètres : Antéro-postérieur, maximum 204 millimètres ; iniaque 188 millimètres ; transverse maximum 170 millimètres ; indice céphalique 88 mill. 33. Bi-temporal 166 millimètres ; bi-auriculaire 134 millimètres ; frontal, maximum 155 millimètres ; minimum 120 millimètres. Occipital 114 millimètres, vertical, basilo-bregmatique 164 millimètres ; maximum 166 millimètres. Ligne naso-basilaire 102 millimètres. Longueur de l'apophyse basilaire 27 millimètres. Trou occipital, longueur 36 millimètres ; largeur 31 millimètres, indice occipital 86m 11. Angles occipitaux basilaire + 14° de Daubenton — 2° deuxième angle + 10°. Angle de Camper à la glabelle 112°.

Courbes : Antéro-postérieur, sous-cérébrale 21 millimètres, cérébrale 149 millimètres; totale 170 millimètres. Pariétale, 170 millimètres; occipitale, sus-occipitale 100 millimètres; cérébelleuse 40 millimètres; totale 140 millimètres; totale cérébrale 110 millimètres; cérébelleuse et cérébrale 480 millimètres. Transverse, supérieure 400 millimètres; inférieure 140 millimètres; totale 540 millimètres. Horizontale, antérieure 300 millimètres; postérieure 330 millimètres; totale 630 millimètres.

Orbites : Droite, largeur 43 mill. 5; hauteur 36 millimètres; indice, orbitaire 82 mill. 76, profondeur 55 millimètres. Gauche, largeur 11 millimètres; hauteur 36 mill. 5; indice orbitaire 82 mill. 95; profondeur 54 millimètres. Espace inter-orbitaire 265 millimètres.

(Ancienne Académie de Chirurgie.)

N° 42. — Tête d'un sujet adulte hydrocéphale.

Tête d'un sujet adulte âgé d'environ 20 ans, qui était affecté d'hydrocéphalie. Le front, aplati de haut en bas, est saillant en avant. Toutes les sutures sont jointes, mais sans être ankylosées, excepté au niveau de la fontanelle postérieure. La circonférence fronto-pariétale est de 68 centimètres ; le diamètre bi-pariétal est de 20 centimètres. Les os ont leur épaisseur normale, et le crâne d'un volume considérable. Les bosses pariétales sont saillantes.

Os wormiens. — Il en existe cinq sur la suture fronto-pariétale, trois sur la suture lambdoïde et un très-volumineux d'environ 4 centimètres, au point de rencontre des sutures sphéno-pariétale et sphéno-frontale. Les pariétaux descendent brusquement vers l'occipital qui est déjeté en arrière.

Mesures crâniométriques données par M. Vinsonneau :

La capacité du crâne, mesurée avec du millet, a donné 3,925 centimètres cubes.

Diamètres. Antéro-postérieur maximum 226 millimètres; iniaque 200 millimètres; transverse, maximum 182 millimètres, indice céphalique 80 mill. 55 ; bi-pariétal 160 millimètres ; bi-auriculaire 130 millimètres; frontal maximum 156 millimètres; occipital 124 millimètres; vertical, basilo-bregmatique maximum 161 millimètres, ligne naso-basilaire 106 millimètres; longueur de l'apophyse basilaire 16 millimètres. Trou occipital, longueur 38 millimètres; largeur 31 millimètres; indice occipital 81 mill. 57. Angles occipitaux, basilaire + 9°; de Daubenton — 4°; deuxième angle + 8°.

Courbes. — Antéro-postérieure, frontale, sous-cérébrale 21 millimètres; cérébrale 159 millimètres ; totale 180 millimètres. Parié-

tale 180 millimètres; occipitale, sus-occipitale 90 millimètres; cérébelleuse 50 millimètres; totale 140 millimètres; totale cérébrale 450 millimètres; cérébrale et cérébelleuse 500 millimètres; totale 550 milimètres. Transverse, supérieure. 415 millimitres; inférieure 135 millimètres; totale 550 millimètres. Horizontale, antérieure 300 millimètres, postérieure 330 millimètres; totale 630 millimètres.

Orbite gauche. —Largeur 40 millimètres; hauteur 34 millimètres; indice orbitaire 85 millimètres; profondeur 47 millimètres; Espace inter-orbitaire 24 millimètres.

(Professeur. Breschet.)

N° 43. — Tête d'un individu adulte hydrocéphale.

Cette tête est celle du nommé Nicolas, mort hydrocéphale à l'hôpital des Cliniques, à l'âge d'environ 27 ans. Cet individu était idiot, il avait des habitudes libidineuses très-prononcées. Sa tête était si pesante, qu'il était continuellement obligé de la soutenir avec ses mains.

Le crâne est remarquable par son volume, sa suture métopique et l'absence de toute espèce de points membraneux. Les os sont durs, épais, leur épaisseur varie de 4 millimètres à 1 centimètre. Toutes les sutures sont bien distinctes; l'os épactal est énorme et divisé en plusieurs fragments; il mesure 7 centimètres de long sur 7 de large. Il existe huit os wormiens, sur la branche gauche de la suture lambdoïde, cinq sur la branche droite, tous très-volumineux. La circonférence fronto-pariétale est de 63 centimètres, le diamètre bi-pariétal est de 18 centimètres.

La base du crâne est aplatie, la surface interne, surtout sous le coronal, présente des impressions digitales profondes, et des éminences arrondies à base large, à surface lisse. Le bord supérieur de l'orbite formé par le frontal, dépasse le bord inférieur formé par les os malaire et le maxillaire supérieur, de plusieurs millimètres.

Mesures craniométriques données par M. Vinsonneau.

La capacité du crâne, mesurée avec du millet, a donné 3,222 centimètres cubes.

Diamètres. — Antero-postérieur, maximum 204 millimètres; iniaque 192 millimètres; transverse maximum 188 millimètres; indice céphalique 92 mil. 17; bi-temporal 174 millimètres; bi-auriculaire 144 millimètres; frontal, maximum 173 millimètres; minimum 126 millimètres; occipital 127 millimètres; vertical basilo-bregmatique 152 millimètres; maximum 158 millimètres; ligne naso-basilaire 100 millimètres; longueur de l'apophyse basilaire 27 mil-

limètres. Trou occipital, longueur 40 millimètres; largeur 31 mill.; indice occipital 77 mill. 50; angles occipitaux-basilaires + 5°; — 50 millimètres; de Daubenton, — 10°; deuxième angle + 2°.

Courbes.— Antéro-postérieure, frontale sous-cérébrale 25 millimètres; cérébrale 135 millimètres; totale 160 millimètres. Pariétale 140 millimètres; occipitale, sus-occipitale 120 millimètres; cérébelleuse 40 millimètres; totale 160 millimètres; totale cérébrale 445 millimètres; cérébrale et cérébelleuse 485 millimètres. Transverse supérieure 410 millimètres; inférieure 150 millimètres; totale 560 millimètres. Horizontale, antérieure 320 millimètres; postérieure 310 millimètres; totale 630 millimètres.

Orbites. — Droite : largeur 41 millimètres; hauteur 35 millimètres; indice orbitaire 86 milli. 58; profondeur 54 mill. Gauche, largeur 41 millimètres; hauteur 35 mill. 5, indice orbitaire 86 mill. 58; profondeur 54 millimètres; espace inter-orbitaire 29 millimètres.

(Professeur Breschet, 1836.)

N° 44. — Cerveau d'un enfant hydrocéphale.

Cerveau d'un jeune enfant qui est mort hydrocéphale. Ce sont les ventricules latéraux, qui sont le siége de la lésion; les ventricules sont en effet considérablement dilatés, et les hémisphères cérébraux sont atrophiés; l'hémisphère gauche manque même en grande partie à sa partie supérieure. Il est aujourd'hui bien difficile de préciser si, dans ce point, le cerveau n'était point réduit à une mince lamelle qui se serait déchirée.

Les bords de la perte de substance sont lisses, réguliers; ils se continuent avec la pie-mère et l'arachnoïde, qui devaient faire partie des parois du kyste ventriculaire; ce qui me fait pencher vers l'opinion, que le cerveau déplissé, n'enveloppait pas la poche de toute part. La cloison du ventricule moyen a été détruite, le ventricule latéral droit était peu dilaté.

(Professeur Cruveilhier, 1836.)

N° 45. — Voûte du crâne; hydrocéphalie.

Cette voûte du crâne, contenait le cerveau précédent n° 44. Les os sont minces, les sutures engrenées, mais aucunes ne sont soudées. Le développement de ce crâne est peu considérable et régulier; le côté gauche qui correspond à la partie du cerveau qui a subi la plus grande dilatation, ne présente point de déformation notable.

(Professeur Cruveilhier, 1836.)

N° 46. — Moitié latérale droite de la tête; hydrocéphalie ventriculaire.

Cette moitié latérale droite de la tête et du cou, provient d'un enfant qui est mort hydrocéphale. Une coupe verticale médiane, a divisé en deux moitiés latérales le crâne, le cerveau, la face et la partie supérieure de la région cervicale, en passant par le milieu du canal rachidien. Cette pièce est sans aucun renseignement.

La tête a acquis un volume énorme; les centres nerveux sont surtout profondément altérés, les ventricules cérébraux ont subi une dilatation très-considérable, qui a distendu la partie supérieure des hémisphères qui sont amincis, refoulés vers les parois osseuses du crâne, Les circonvolutions sont déplissées, elles n'existent plus. La paroi inférieure des ventricules est elle-même très-atrophiée. Le ventricule cérébelleux est également très-dilaté, il a quatruplé au moins de capacité, et le cervelet est diminué de volume. La partie supérieure de la moelle est normale.

N° 47. — Modèle en cire de la base du cerveau, avec le cervelet; hydrocéphalie chronique.

L'enfant sur lequel a été moulée, en cire, cette portion du cerveau et du cervelet, n'avait rien présenté d'anormal du côté des centres nerveux, pendant les premiers mois qui suivirent sa naissance. Il jouissait de toutes ses facultés; mais bientôt sans cause connue, l'enfant cessa de prononcer les quelques mots qu'il avait appris, la vue se perdit, il entendait encore. L'accroissement de ce petit être se faisait normalement néanmoins; seulement il ne pouvait se soutenir sur ses jambes, et il mourut environ à l'âge de trois ans.

Les dimensions de la tête et celle du crâne en particulier n'offraient rien d'appréciable, les os étaient bien développés, et les sutures au contact. Les meninges étaient distendues par une abondante sérosité limpide; il s'en écoula environ un litre après leur incision. Les lobes cérébraux étaient rejetés de chaque côté dans les fosses temporales; les hémisphères, réduits à une mince lamelle, manquaient à leur partie supérieure. Les ventricules étaient donc largement distendus par de la sérosité, et on constate sur cette pièce, que le cerveau est en grande partie réduit aux couches optiques et aux corps striés un peu atrophiés, avec quelques

débris latéraux des lobes. Le cervelet est normal et la moelle ne présentait rien de particulier.

(M. Baron, *Bull. de la Fac.*, t. IV, p. 432.)

N° 48. — Tête d'un enfant à terme ; hydrocéphalie ventriculaire : les hémisphères cérébraux sont atrophiés

Cette pièce a été recueillie sur un enfant à terme, qui n'a vécu que quelques jours. La tête a le volume normal, propre aux enfants de cet âge. La voûte du crâne a été enlevée, les meninges ont été conservés ; au-dessous existait pour chaque hémisphère une grande quantité de sérosité qui s'est écoulée après leur incision. La base du crâne ne présente point de déformation sensible, mais les deux hémisphères cérébraux, par suite de leur distension, manquent complétement ; le cerveau, dont les ventricules sont très-dilatés, est réduit à sa base, et à une petite portion de la partie antérieure des lobes cérébraux. Dans la base des ventricules on distigue très-nettement, les corps striés, la couche optique et la voûte à trois piliers. Ces diverses parties sont à peu près normales. Le cervelet ne présente rien de particulier. Il s'agit donc, sur cette pièce, d'une hydrocéphalie ventriculaire, sans augmentation sensible de la voûte du crâne, avec destruction complète de la plus grande partie des hémisphères cérébraux.

(MM. Roger et Houel.)

N° 49. — Moitié latérale droite du cerveau d'un jeune enfant qui est mort hydrocéphale.

Sur cette moitié latérale droite du cerveau d'un enfant qui est mort hydrocéphale, on constate que le ventricule latéral a acquis des dimensions considérables. La cavité qui résulte de la dilatation a, d'avant en arrière, sept centimètres, et cinq de haut en bas. La partie des hémisphères qui circonscrit cette dilatation présente encore une épaisseur considérable, et les circonvolutions ne semblent point avoir éprouvé de modifications appréciables.

(Professeur Cruveilhier, 1837.)

N° 50. — Tête d'un jeune enfant mort hydrocéphale.

Cette tête provient d'un enfant à terme qui est mort quelques mois après la naissance, si l'on en juge par la dentition. La tête

a acquis un volume considérable, les os sont minces et la fontanelle antérieure est loin d'être fermée.

La moitié latérale droite de la voûte du crâne a été enlevée et la dure-mère incisée, le cerveau est a nu. On constate que sur l'hémisphère de ce côté, les circonvolutions cérébrales sont en grande partie effacées. La cavité du ventricule latéral est très-dilatée et a refoulé excentriquement la substance cérébrale qui est amincie; elle n'a plus à la partie supérieure des hémisphères que 1 centimètre 1/2 environ d'épaisseur; une disposition analogue s'observe sur l'hémisphère gauche.

(M. Parise, 1837.)

CHAPITRE III

Lésions du cerveau.

Les pièces du Musée relatives aux lésions du cerveau, sont au nombre de 49, du n° 51 au n° 98 inclusivement. Les cinq premières, n^{os} 51, 52, 53, 54 et 54 *a*, sont des exemples d'abcès du cerveau, mais, par le fait, ces abcès ne sont qu'au nombre de trois, les pièces n^{os} 52 et 54 étant les voûtes du crâne des cerveaux n^{os} 51 et 53.

Au point de vue des localisations cérébrales, ce chapitre renferme un certain nombre de pièces fort intéressantes. Ces pièces ne tarderont pas, j'en suis certain, à s'augmenter de nouveaux faits, qui donneront un grand intérêt à ce genre de lésions. Neuf pièces, n^{os} 55, 56, 60, 68, 69, 70, 72, 73, 76, sont des exemples de lésions de la troisième circonvolution frontale gauche, et sur toutes, avec le n° 51, l'aphasie a été observée. Sur une pièce, n° 71, où l'on a constaté un ramollissement du lobe sphénoïdal et pariétal gauche, il a existé une pseudo-aphasie. A ces cas d'aphasie on pourrait encore joindre la pièce n° 31, des fractures du crâne. La pièce n° 61, est un exemple de lésion de la troisième circonvolution frontale droite, dans laquelle l'aphasie a manqué.

Il existe, d'un autre côté, un assez grand nombre de pièces de ramollissement des lobes postérieurs du cerveau, qui n'ont donné lieu à aucuns symptômes évidents : n^{os} 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67.

La pièce n° 74 est un très-bel exemple d'hémorrhagie cé-

rébrale étendue, qui a détruit la capsule externe et l'avant-mur ; il en est résulté une hémiplégie temporaire qui a duré environ huit jours. Sur une autre pièce, n° 75, une hémorrhagie située sur la limite de la capsule externe, a donné lieu à une hemi-anesthésie temporaire. Sur l'individu sur lequel a été prise la pièce n° 78, on a constaté une monoplégie brachiale portant sur les muscles extenseurs de l'avant-bras, et on peut voir qu'elle a résulté d'un gliome qui siége sur la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante.

Un certain nombre de pièces qui ne se rapportent plus aux localisations, m'ont cependant paru devoir être signalées. Le n° 83 est un exemple de tumeur probablement syphilitique de la protubérance annulaire; le n° 85 un kyste hydatique du cerveau. Les pièces n°s 93, 94, 95, 96 et 97, sont des exemples de pétrification du cerveau. Enfin, le n° 98 est un exemple de tumeur ostéoïde.

N° 81. — Cerveau ; abcès du lobe antérieur gauche ; aphasie de cause traumatique.

Cette pièce provient d'un homme de 25 ans, brigadier au 12me chasseurs à cheval, qui a été blessé d'un coup de sabre à la tête, à la bataille de Buzancy, le 28 août 1870. L'ambulance à laquelle il fut porté en premier, lui laissa les renseignements suivants : *muet, paralysé de tout le côté droit, ne pouvant marcher, ni se servir de son bras; à peine comprenait-il ce qu'on lui disait, et il pouvait encore moins se faire comprendre.* Il tomba plusieurs fois sans connaissance.

Le 15 mars 1871, ce blessé fut transporté à Paris, à l'ambulance des secours aux blessés de la Société internationale, dans le service de M. Boinet. Il présentait sur la tête une longue cicatrice du cuir chevelu, linéaire, étendue de l'extrémité externe de l'arcade orbitaire gauche à l'angle postéro-interne du pariétal du côté correspondant. Il existait un enfoncement du crâne; la dépression était peu considérable pour la table externe; on constatait avec un léger strabisme convergent, une paralysie peu accusée de la face du côté correspondant.

A ce moment, les phénomènes de paralysie avaient sensiblement diminué; il existait cependant encore, dans le membre supérieur droit, une diminution très-notable de la force musculaire, mais dans l'inférieur tout phénomène de paralysie avait disparu.

Le blessé se promenait toute la journée sans fatigue, mais il

existait encore une aphasie presque absolue. Interrogé, ce blessé comprenait les questions qu'on lui posait, il semblait même vouloir y répondre et, après quelques secondes d'hésitation, par un signe, il faisait comprendre que malgré tout son désir et ses efforts il ne pouvait parler. C'était à peine qu'il pouvait joindre au langage mimique les monosyllabes *oui* ou *non*. La lecture mentale aussi bien que la lecture à haute voix était impossible. Il indiquait par signes qu'il ne comprenait point les écrits qu'on lui plaçait sous les yeux. Cependant il copiait à peu près correctement les mots, mais il les copiait lettre par lettre. Ainsi, commençait-t-il à copier un mot d'une certaine longueur, si on lui cachait la fin, il ne pouvait achever de l'écrire ; si on lui dictait au contraire, il l'écrivait à peu près régulièrement si le mot n'était point trop long, ou si on le répétait en l'accentuant bien, mais il restait souvent hésitant pour trouver certaines lettres. L'intelligence était assez nette. Ce blessé, à ce moment, n'éprouvait plus les attaques d'épilepsie qu'il avait eues; sa santé générale était bonne.

Des accidents comateux s'étant manifestés vers le 3 avril, avec de nouvelles attaques d'épilepsie, M. Boinet se décide à appliquer une couronne de trépan sur le point lésé. Une rondelle fut enlevée, et on reconnut que la table externe était séparée de l'interne qui était fracturée en plusieurs esquilles qui furent retirées avec des pinces. On constata alors qu'il existait une adhérence des méninges à la voûte crânienne et au cerveau, mais on ne put apprécier de fluctuation dans le cerveau. Après cette opération, malgré quelques accidents consécutifs, il se manifesta une amélioration notable : il ne restait plus qu'un peu de paralysie de la face ; l'aphasie persistait, mais favorablement modifiée ; le malade pouvait écrire couramment. Le 17 mai, il succomba à la suite de deux attaques d'épilepsie consécutives.

On constate sur cette pièce que les méninges, dont une partie est conservée, au niveau de la troisième circonvolution frontale du lobe antérieur gauche, sont unies entre elles et qu'elles étaient adhérentes d'une part à la voûte du crâne, et d'autre part à la surface du cerveau. Le cerveau, volumineux, pesait 2 kilog. 125 gr.; il était parfaitement sain à sa surface. Au niveau des adhérences méningées et un peu en dehors de celles-ci, on remarquait une très-légère dépression, avec un peu moins de consistance de la substance cérébrale, mais sans la moindre trace de ramollissement vrai.

Les coupes du cerveau furent faites, d'avant en arrière, séparées d'environ 2 millimètres ; toute la substance cérébrale est parfaitement saine, excepté au niveau de la troisième circonvolution frontale, où l'on constate un vaste abcès, situé à 5 centimètres de l'extrémité antérieure du lobe frontal gauche, à 1 centimètre au-dessus de la scissure de Sylvius, à 15 millimètres

au-dessous de la couche corticale, juste en dehors du corps strié auquel il touchait ; en dehors il n'était séparé de la boîte osseuse que par l'épaisseur des méninges adhérentes entre elle et à la substance cérébrale. Cet abcès du volume d'une noix, était clos de toutes parts ; il avait sa paroi la plus mince au niveau de la couronne du trépan.

(Boinet, *Bull. de la Soc. fr. de secours aux blessés*, 1872, p. 6—

N° 52. — Voûte du crâne ; fracture. Même individu que la pièce précédente, n° 51.

Sur ce crâne, on observe une fracture qui occupe la moitié gauche de sa partie latérale. Cette fracture, qui est consolidée, commence en avant, au niveau de la partie supérieure de la grande aile du sphénoïde, juste au niveau du sillon de l'artère méningée moyenne. Cette fracture décrit une ligne courbe à convexité supérieure, qui divise la partie inférieure du pariétal pour se terminer à 2 centimètres 1/2 de la suture lambdoïde. Au point où cette ligne courbe de la fracture vient couper la suture fronto-pariétale, il a été appliqué une couronne de trépan, dont on retrouve la perte de substance et qui correspondait au siége de l'abcès du cerveau.

(M. Boinet, *Bull. de la Soc. française de secours aux blessés*, 1872, p. 617).

N° 53. Cerveau d'adulte ; abcès du lobe moyen du côté gauche

Cette pièce manque malheureusement d'un grand nombre de renseignements précieux, au point de vue des localisations cérébrales. Ce cerveau a été recueilli sur un carrier qui avait reçu sur la tête un moellon qui détermina une plaie de tête, avec arrachement du cuir chevelu dans une grande étendue. Pendant 15 jours, il ne se manifesta aucun accident, mais tout à coup, dit M. Maisonneuve, apparurent des phénomènes cérébraux indiquant une compression. Il y eut une hémiplégie complète à droite, et, plus loin dans l'observation, il est dit qu'elle avait été précédée de la perte de la parole,

M. Maisonneuve crut à l'existence d'un abcès du cerveau ; il se décida à appliquer le trépan, et cinq couronnes furent successivement appliquées sur le côté gauche du crâne, trois dans la région temporale et cinq dans la région frontale. Le blessé mourut peu de temps après.

Sur le cerveau qui est enveloppé, des méninges épaissies, adhérentes aux circonvolutions dont il est difficile aujourd'hui de les en détacher, et par conséquent de reconnaître les circon

volutions; mais on trouve, sur la partie moyenne de l'hémisphère gauche, au niveau de la circonvolution pariétale ascendante vers sa partie moyenne, un abcès du volume d'une grosse noix, qui n'a pu être reconnu pendant l'opération. Il est à regretter pour cette pièce, que la plupart des symptômes manquent dans l'observation, et que l'on n'ait point précisé d'une manière exacte, le siége du foyer purulent.

(M. Maisonneuve, *Soc. de chir.*, 1853, t. III, p. 366.)

N° 54. — Voûte du crâne du cerveau précédent.

Sur ce crâne, on constate, à gauche, l'existence des pertes de substances produites par les cinq couronnes de trépan.

(M. Maisonneuve, *Soc. de chir.*, 1853, t. III, p. 366.)

N° 54 *a*. — Portion des lobes antérieurs du cerveau; abcès.

Cette pièce provient d'un homme de 24 ans qui, sans cause appréciable autre qu'un refroidissement, a vu survenir dans la région du front, un œdème considérable de la paupière et de la région frontale. Cet œdème donna lieu à un abcès, au-dessous duquel on trouva une nécrose du frontal. Ce malade était dans un état de torpeur, et répondait difficilement aux questions qu'on lui faisait; toutes les autres fonctions étaient intactes; la sensibilité et le mouvement étaient conservés. Il eût vers la fin de son existence, plusieurs attaques mal caractérisées, que l'on rapporta néanmoins à l'épilepsie; il y avait aussi un peu de contracture; ces attaques se renouvelaient au moment de l'ingestion d'aliments solides ou même de liquides.

A l'autopsie, on a trouvé le sinus frontal du côté droit rempli de pus. Il communiquait par deux ouvertures : d'une part, avec la cavité orbitaire; de l'autre, avec l'étage antérieur du crâne. On constate dans le lobe frontal droit, une vaste cavité qui pouvait contenir un œuf de poule, elle était pleine d'un pus fétide; elle était limitée par une membrane pyogénique. Le reste de l'hémisphère était sain; seul le noyau caudé présentait une teinte grisâtre à sa partie antérieure. Les autres parties du cerveau et du cervelet étaient intactes.

(M. Bousquet, *Soc. anat.*, 1877.)

N° 55. — Moitié latérale gauche du cerveau; cicatrice d'un vaste foyer apoplectique ancien.

Cette hémisphère cérébrale présente une cicatrice considérable,

produite par un foyer apoplectique; elle est située sur le lobe gauche du cerveau, au niveau de la scissure de Sylvius. Il existe en outre, une atrophie de la couche optique. Il y avait une hémiplégie du mouvement, avec conservation du sentiment et de l'intelligence; le malade était dans l'impossibilité d'articuler aucuns sons. La cicatrice, qui a 8 centimètres de longueur sur 4 de large et 3 environ de profondeur, coupe la base des deux circonvolutions temporale et pariétale ascendante, et s'étend jusqu'à la troisième circonvolution frontale.

(Professeur Cruveilhier, 1837.)

N° 56. — Cerveau du nommé Leborgne, dit Tan; aphasie produite par un ramollissement chronique et progressif de la seconde et troisième circonvolution frontale gauche.

Ce cerveau a été recueilli sur un homme de 51 ans, qui était à Bicêtre depuis 21 ans. A toutes les questions que M. Broca lui adressait, il répondait toujours par la monosyllabe *tan*, qu'il répétait deux fois de suite. Cet homme, depuis sa jeunesse, était sujet à des attaques d'épilepsie. A l'âge de 30 ans il perdit l'usage de la parole, et ce fut pour cette raison qu'il fut admis comme infirme à l'hospice de Bicêtre. Il était à cette époque parfaitement valide et intelligent; il avait l'oreille fine.

Il y avait déjà dix ans qu'il avait perdu la parole, lorsqu'un nouveau symptôme se manifesta : les muscles du bras droit s'affaiblirent graduellement et finirent par être paralysés. Tan continuait à marcher sans difficulté; mais la paralysie gagna peu à peu le membre inférieur droit, et, après avoir traîné la jambe pendant quelque temps, le malade dut se résigner à garder le lit. Il s'était donc écoulé quatre ans depuis le début de la paralysie du bras, jusqu'au moment où celle du membre abdominal avait été assez avancée pour rendre la station tout à fait impossible. A cette époque, la vue commença à faiblir rapidement. La sensibilité générale était conservée, mais inégalement; la moitié droite du corps était moins sensible que l'autre.

Les deux membres droits étaient complétement paralysés du mouvement, les deux autres obéissaient à la volonté; quoique affaiblis ils pouvaient exécuter tous les mouvements. Les muscles de la partie droite de la face étaient également affaiblis, mais il n'existait point de strabisme.

A l'autopsie on a trouvé comme cela se constate sur ce cerveau, la pie-mère épaissie; elle était très-injectée, infiltrée d'une matière plastique jaunâtre, qui avait la couleur du pus, sans en être cependant.

Sur la partie latérale de l'hémisphère gauche, au niveau de la scissure de Sylvius, existait une sérosité transparente collectée,

qui s'est écoulée après l'incision de la poche, et a mis à découvert une large et profonde dépression de la substance cérébrale. Cette dépression représente aujourd'hui, comme on le constate sur la pièce, une cavité allongée d'une capacité équivalant à un petit œuf de poule; elle sépare le lobe frontal du lobe temporal et se prolonge en arrière jusqu'au sillon de Rolando. Les circonvolutions qui limitent la cavité, sont le siége d'un ramollissement chronique. Les parois en sont irrégulières, anfractueuses; le bord inférieur de la cavité est limité par la seconde circonvolution temporo-sphénoïdale; la circonvolution marginale inférieure a été détruite dans toute son épaisseur.

La paroi profonde de la cavité ne présente plus de trace du lobe de l'insula; il a été détruit ainsi que la moitié interne du noyau extra-ventriculaire du corps strié. Le bord supérieur ou plutôt la paroi supérieure de la cavité, empiète sur le lobe frontal qui présente à ce niveau une échancrure large et profonde. La moitié postérieure de la troisième circonvolution frontale est complétement détruite dans toute son épaisseur. La seconde circonvolution est un peu moins altérée. Pour plus de détail, voir l'observation.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 2e série. t, VI, p. 343. 1861.)

N° 57. — Dure-mère cérébrale de la pièce précédente n° 55.

La dure-mère est très-épaisse comme charnue; elle était rouge vasculaire. Elle est tapissée intérieurement d'une couche pseudo-membraneuse qui était infiltrée de sérosité. La dure-mère et la fausse membrane réunies, ont une épaisseur moyenne de 5 millimètres; minimum, 3; maximum, 8 millimètres.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 2e série, t. VI, p. 343.)

N° 58. — Voûte du crâne de la pièce précédente n° 56; vascularisation de la face interne.

Sur cette voûte du crâne on constate que les sutures sont soudées, l'épaisseur des os est un peu augmentée; le diploé est remplacé par du tissu compacte. La surface interne de la voûte présente dans toute son étendue une apparence de fine vermoulure, indice de sa grande vascularité.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1861, 2e série, t. VI, p. 343.

N° 59. — Moitié latérale droite du cerveau; ramollissement du lobe postérieur; vaste cicatrice d'un ancien foyer.

Cette pièce a été recueillie sur un vieillard de 89 ans qui n'a-

vait présenté ,pendant la vie, ni troubles intellectuels ni phénomènes paralytiques.

Cet homme travaillait encore comme tailleur d'habits, six mois avant sa mort; à partir de cette époque, le tremblement des membres dont il était affecté auparavant, devint assez prononcé pour qu'il ne pût plus manier l'aiguille.

A l'autopsie on constate à la partie postérieure de l'hémisphère cérébral du côté droit, à l'union des lobes sphénoïdal, pariétal et occipital, une dépression légère de la pie-mère, correspondant à une cavité très-profonde qui était remplie de sérosité. Cette cavité ne communiquait pas avec les ventricules; mais la résorption a été si profonde, que la poche n'est séparée du ventricule latéral que par un feuillet mince, constitué probablement par l'adossement de la membrane ventriculaire et de la paroi du foyer. Il n'y avait dans la cavité accidentelle aucune trace d'hématine. Il s'agissait donc ici d'un de ces cas de ramollissement chronique localisé, développé dans la couche corticale des circonvolutions, immédiatement au-dessous de la pie-mère, celle-ci ayant sécrété le liquide qui distendait cette véritable caverne. Dans les faits de cette nature, la sérosité s'accumule au fur et à mesure que la perte de substance fait des progrès et comble le vide qui ne peut exister dans la cavité encéphalique.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1861, 2e série, t. VI, p. 378.)

N° 60. — Moitié latérale gauche du cerveau; cicatrice d'un ancien foyer hémorrhagique qui a lésé la partie postérieure de la deuxième et troisième circonvolution frontale; aphasie.

Ce cerveau a été recueilli sur un nommé Lelong, âgé de 84 ans. Au mois d'avril 1860 cet homme, en descendant un escalier, s'affaissa tout à coup sur lui-même et perdit connaissance; il fut transporté à l'infirmerie de Bicêtre. Peu de jours après, Lelong fut rétabli. Ces renseignements furent fournis à M. Broca par la fille de Lelong, qui lui dit que son père n'avait jamais été paralysé des membres, mais qu'il avait la langue paralysée. Le fait est que depuis son accident, il avait perdu subitement et définitivement la faculté de parler.

Cet état se maintint jusqu'au 27 octobre 1861. Ce jour-là, en montant dans son lit, il se brisa le col du fémur. A ce moment, M. Broca, dans le service duquel le blessé fut apporté, eut l'occasion de l'observer, et il constata qu'aux questions qu'on lui adressait, il ne répondait que par des signes ou par les monosyllabes *oui*, *non*, *tois*, pour trois et *toujours*. Quand on lui demandait son nom, il répondait *Lelo*. Mais ce blessé, comme on peut s'en assurer par l'observation de M. Broca, avait conservé son intelligence.

L'encéphale entier pesait 1,136 grammes. Sur le lobe frontal gauche, immédiatement au-dessous de l'extrémité antérieure de la scissure de Sylvius, on remarque qu'à ce niveau l'hémisphère était sensiblement affaissé, et on apercevait par transparence au-dessous de la pie-mère, une collection de sérosité qui occupait en surface, une étendue à peu près égale à celle d'une pièce de cinq francs. Au-dessous de la collection séreuse, on trouve sur ce cerveau, une cavité creusée dans la substance des circonvolutions. A ce niveau, la troisième circonvolution frontale, qui longe le bord supérieur de la scissure de Sylvius, est complétement coupée en travers, et a subi dans toute son épaisseur une perte de substance dont l'étendue paraît être d'environ 15 millimètres. La cavité est donc continue en dehors avec la scissure de Sylvius, au niveau du lobe de l'insula. En dedans, elle empiète sur la seconde circonvolution frontale, qui est très-profondément échancrée, mais dont la couche la plus interne est respectée dans une épaisseur de 2 millimètres.

C'est cette mince languette qui maintient seule la continuité de la deuxième circonvolution frontale. La première est parfaitement saine, la circonvolution frontale transversale ou postérieure, qui limite en avant le sillon de Rolando, est saine également. Enfin les deux circonvolutions malades, dans leurs deux tiers antérieurs, présentent une intégrité complète. On peut affirmer par conséquent que, chez ce malade, l'aphasie a été le résultat d'une lésion profonde, mais très-nettement circonscrite, de la deuxième et de la troisième circonvolution frontales, dans une partie de leur tiers postérieur.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 2e série; t. VI, p, 398.)

N° 61. — Moitié latérale droite du cerveau du nommé Duchet; ramollissement du lobe occipital et d'une partie du temporal.

Ce cerveau a été recueilli sur un homme de 65 ans. Cet homme est entré dans le service de M. Broca à Bicêtre, le 16 novembre 1861. Il avait été admis tout récemment, pour plusieurs affections incurables, à savoir : 1° un ulcère simple de la jambe droite datant de 30 ans; 2° un abcès rongeant de la face dorsale de la main droite, datant de trois ans et demi; 3° un autre ulcère rongeant de même nature, mais plus récent de la région sternale. En outre, cet homme avait entièrement perdu l'intelligence; il ne put donner aucun renseignement sur ses antécédents. Il disait qu'il demeurait rue Mignon ce fut tout ce que l'on put tirer de lui. Il n'existait d'ailleurs chez lui aucune paralysie, ni de la sensibilité, ni du mouvement. Les quelques mots qu'il prononçait de temps en temps soit pour se plaindre, soit pour répondre tant bien que mal à une question, étaient articulés; mais il

était rare qu'il prononçât plus de quatre ou cinq mots de suite. Il est mort le 18 juin 1862, sans jamais avoir présenté ni délire, ni convulsions, ni paralysie.

Cet hémisphère droit pesait seul 485 grammes. Le pli de passage qui limite en arrière l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius, est le siége d'une perte de substance partielle qui empiète sur l'extrémité postérieure de la seconde circonvolution temporale. La deuxième circonvolution occipitale externe est entièrement coupée en travers. La première circonvolution occipitale interne et le pli de passage correspondant sont profondement excavés. Enfin la troisième circonvolution frontale, dans son tiers antérieur, en avant de l'extrémité antérieure de la scissure de Sylvius, est à peu près entièrement divisée en travers par une perte de substance qui pénètre jusqu'à la substance blanche, passe au-dessus de la deuxième et de la première circonvolution frontale, et forme une cavité spacieuse.

Il est à remarquer qu'il existe une lésion de la troisième circonvolution frontale, mais elle siége à droite, de plus, elle est située en avant de la scissure de Sylvius. Dans les cas d'aphasie précédents la lésion est située beaucoup plus en arrière.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1862. 2e série, t. VII p. 270.)

N° 62.—Moitié latérale gauche du cerveau du nommé Duchet, même individu que le précédent, ramollissement de la circonvolution occipitale supérieure interne et de la deuxième frontale.

Sur cette seconde moitié du cerveau, on constate que la circonvolution occipitale supérieure et interne est le siége d'une perte de substance assez étendue, qui occupe surtout la partie profonde de cette circonvolution, passe comme sous un pont au-dessous de la circonvolution adjacente, et va aboutir dans la partie la plus antérieure du sillon occipital interne. Le fond de cette perte de substance est constitué par la substance blanche de l'hémisphère, qui n'est pas entamée. Un second foyer plus superficiel, occupe la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale, tout près de son insertion sur le pli frontal ascendant (ou circonvolution frontale traverse). La perte de substance offre environ 1 centimètre 1/2 d'étendue d'avant en arrière, elle atteint toute la largeur et la plus grande partie de l'épaisseur de cette circonvolution. Un troisième foyer, beaucoup plus considérable, occupe le bord inférieur de la scissure de Sylvius. La circonvolution marginale inférieure ou première circonvolution temporale, est entièrement détruite dans ses deux tiers antérieurs; la perte de substance s'étend à toute la moitié antérieure de l'étage supérieur du lobe temporo-sphénoïdal et s'arrête à la substance blanche. Il y avait une grande quantité de liquide dans

ce foyer qui ressemblait à un kyste, mais dont la paroi profonde était tapissée d'une couche de substance cérébrale ramollie, en voie de dissolution. Un quatrième foyer, très-peu étendu, occupe la troisième circonvolution frontale en avant de la scissure de Sylvius.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1862, 2e série, t. VII p. 270.)

N° 63. — Moitié latérale gauche du cerveau; ramollissement de la substance grise du cerveau, situé en arrière de l'insula, sans trouble de la parole ni de l'intelligence.

Ce cerveau est celui du nommé Mené âgé de 74 ans. Cet homme était intelligent et n'était atteint d'aucune paralysie. Il y avait sur la table externe du pariétal gauche, une longue dépression linéaire profonde (qui n'est pas le lit d'un vaisseau), et qui paraissait le résultat d'une ancienne fracture de la table externe.

A la partie postérieure de la surface de l'insula, existe une perte de la substance grise, à bords presque abrupts, comme à l'emporte-pièce, à fond d'un jaune rougeâtre et de 2 millimètres de profondeur ; elle est large comme une pièce de 1 franc. A l'extrémité postérieure de la scissure de Sylvius, à 2 centimètres au moins en arrière de la lésion précédente, existe une autre lésion de même nature, mais plus étendue, qui empiète sur la partie postérieure de la circonvolution marginale inférieure et sur le pli de passage qu'elle ouvre dans le lobe pariétal. Cette circonvolution est très-amincie, mais non interrompue. Ces deux lésions semblables, paraissent dues à deux foyers d'hémorrhagie méningée. On notera que c'est du même côté, presque au même niveau, qu'existe sur le pariétal la trace probable d'une ancienne fracture incomplète du crâne. Le malade avait d'anciennes fractures sur les deux tibias, produites par deux chutes distinctes.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1862. 2e série, t. VII p. 268.)

N° 64. Moitié latérale gauche du cerveau; destruction d'une partie du lobe occipital.

Cette moitié de cerveau est celle du nommé Normant, âgé de 61 ans. Cet homme, qui est mort goutteux, n'avait présenté aucune paralysie, ni trouble de la parole et de l'intelligence.

On constate sur cette moitié de cerveau, à la partie postérieure de l'hémisphère gauche, sur la face interne, au niveau du sillon occipital interne, un foyer considérable, ressemblant à un kyste et qui faisait saillie sous la pie-mère. Ce foyer, qui était plein de sérosité, avait le volume d'un gros œuf de pigeon et reposait

sur la substance blanche de l'hémisphère. La circonvolution occipitale qui longe le sillon occipital interne est détruite.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1862, 2e série, t. VII, p. 268.)

N° 65. — Moitié latérale droite du cerveau; ramollissement de toute la circonvolution qui limite le bord postérieur du sillon de Rolando.

Cerveau du nommé Vignol (Pierre), mort à Bicêtre le 1er juillet 1862. Cet homme présenta d'abord une gangrène spontanée de la jambe, puis une gangrène pulmonaire par embolie. On trouva en outre dans le cœur, un caillot d'ancienne formation dont on avait diagnostiqué l'existence pendant la vie et une oblitération de l'artère de Sylvius. L'altération du cerveau siégeait à l'hémisphère droit, où l'on peut voir : 1° un ramollissement jaunâtre et fluctuant de toute la circonvolution pariétale transverse qui forme le bord postérieur du sillon de Rolando; 2° un ramollissement ulcéroïde de l'écorce des circonvolutions orbitaires. L'encéphale entier pèse 1,070 grammes; le cervelet, le bulbe et la protubérance 148 grammes; l'hémisphère droit sans les membranes 440 grammes, le gauche dépouillé de même de ses enveloppes 435. L'hémisphère droit, qui a une grande circonvolution atrophiée, est celui qui pèse le plus.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1863, 2e série, t. VIII, p. 168.)

N° 66. — Moitié latérale droite du cerveau; ramollissement de la troisième circonvolution temporale.

Ce cerveau est celui du nommé Deneuilly, mort à Bicêtre à l'âge de 74 ans. Cet homme succomba à un délire chronique. Il marmottait, mais parlait sans difficulté, et l'on n'avait observé chez lui aucun des traits de l'aphasie. Il avait eu, disait-on, des attaques d'épilepsie, mais on ne lui en avait jamais vu à l'hôpital. Les lésions portent sur les deux hémisphères. A l'hémisphère droit on trouve de l'atrophie avec amincissement considérable, mais sans interruption de l'extrémité postérieure de la troisième circonvolution temporale, se prolongeant le long du pli de passage jusque dans le lobe occipital. En outre, tous les plis qui unissent la circonvolution pariétale transverse au lobe pariétal et au lobe temporal sont détruits, à l'exception du pli supérieur et médian interne. Par suite de cette altération, la scissure de Sylvius se prolonge jusqu'à ce dernier pli. Enfin, il existe une perte de substance avec atrophie de presque toute l'épaisseur de la seconde circonvolution frontale à sa partie moyenne. La con-

tinuité de cette circonvolution eût été interrompue sans un petit pont membraneux qui passait d'un segment à l'autre.

L'hémisphère droit pesait 610 grammes.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1863, 2e série, t. VIII, p. 169.)

N° 67. — Moitié latérale gauche du cerveau du même individu que le précédent n° 66 ; lésion de la troisième circonvolution frontale.

Sur cette moitié gauche du cerveau, la circonvolution pariétale transverse est atrophiée et très-amincie dans son tiers moyen. La troisième circonvolution frontale est perforée, coupée en travers par une perte de substance en forme d'élévation à pic, large d'un centimètre. Cette troisième circonvolution frontale, flotte en quelque sorte ; son point d'insertion sur la circonvolution frontale transverse est coupé ; mais au-dessus elle est intacte et saine. Il faut remarquer qu'il n'y avait pas d'aphasie. Le poids de cette moitié de cerveau, est de 605 grammes.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1863, 2e série, t. VIII, p. 169.)

N° 68. — Moitié latérale gauche du cerveau; ramollissement de la deuxième et troisième circonvolution frontale ; aphasie.

Ce cerveau a été recueilli sur une vieille femme de 81 ans, nommée Anne Perchaud, gâteuse, paralytique et imbécile. Cette femme fut portée à l'infirmerie de la Salpétrière pour être traitée d'une fracture de l'extrémité inférieure du fémur, qu'elle s'était faite en tombant de son lit. M. Broca, voulut lui demander comment s'était produite la fracture, elle ne lui répondit que par des cris, des gémissements, des mots confus et tout à fait inintelligibles. Il attribua l'incohérence, l'insuffisance de ses réponses à la démence sénile, qui était d'ailleurs évidente. Il ne vint pas à l'idée de M. Broca, que cette vieille femme fût aphasique, et il ne l'interrogea pas en vue de ce diagnostic. Elle mourut au bout de sept ou huit jours.

A l'autopsie, on trouva des lésions dans les deux hémisphères. Plusieurs petits foyers de ramollissement superficiel, kystiforme, existaient sur le lobe pariétal de l'hémisphère droit. Les deux lobes occipitaux étaient ramollis dans toute leur épaisseur. Enfin les trois circonvolutions frontales de l'hémisphère gauche sont détruites dans leurs deux cinquièmes postérieurs, et remplacées par un kyste rempli de sérosité. Cette lésion était celle de l'aphasie et l'interne M. Dard, rappela à M. Broca, que la malade n'avait pas répondu à leurs questions. Le lendemain on interrogea les surveillantes et les gens du ser-

vice. Puis M. Broca allant faire une petite enquête dans la division d'infirmes où cette vieille femme séjournait avant d'entrer à l'infirmerie, et voici ce qu'il apprit : elle ne parlait presque jamais d'elle-même, si ce n'est pour répéter de temps en temps un grand nombre de fois de suite : « *J'aime mieux mourir! j'aime mieux mourir!* » Elle restait quelquefois plusieurs jours sans parler. Ses enfants, pleins d'attentions pour elle, venaient la voir très-fréquemment. Elle les reconnaissait fort bien, mais ne leur répondait que des mots sans suite. Une chose qui avait frappé ses voisines, c'est qu'elle ne prononçait jamais les noms propres, et qu'elle ne pouvait pas même dire le nom de sa fille. Ces renseignements qu'on donna à M. Broca avant qu'il les eût demandés, lui furent confirmés par la surveillante et par les infirmières Cette vieille femme était donc aphasique, et c'est par la connaissance de la lésion que l'on a pu remonter au diagnostique de la maladie. Mais elle n'était pas complétement aphasique, puisqu'elle balbutiait un assez grand nombre de mots, et cependant la troisième circonvolution frontale est entièrement détruite dans sa moitié postérieure.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1863, 2e série, t. VIII, p. 382.)

N° 69. — Moitié latérale gauche du cerveau ; lésion de la troisième circonvolution frontale ; aphasie

Cette moitié du cerveau a été recueillie sur une femme de 78 ans, nommée Bouteiller (Marie-Catherine). Elle raconte que cinq ans avant son entrée à l'infirmerie de la Salpétrière, elle avait eu une attaque de paralysie à droite, à la suite de laquelle elle n'a point parlé pendant un mois. A son entrée dans le service de M Charcot, cette femme paraît comprendre ce qu'on lui dit, reconnaît son nom et celui de son mari, mais ne peut articuler absolument rien; elle bredouille complétement. Elle éprouve une grande difficulté à tirer la langue; la sensibilité est intacte. Les membres inférieurs ont conservé leur mobilité; le bras gauche jouit de plus de mouvements que le droit qui est roide. Cette seconde attaque qui avait déterminé ces nouveaux accidents, datait du jour même de son entrée à l'infirmerie. Cette femme est morte 4 mois 1/2 environ après.

La parole était donc complétement perdue après cette seconde attaque, quoique la malade parût assez intelligente. A toutes les questions qu'on lui faisait elle répondait par *té, té, té*..... Cette femme paraissait très-sensible à la perte de sa parole. Quand on la pressait de questions, elle faisait des efforts visibles pour répondre et finissait par éclater en larmes, montrant sa bouche pour expliquer son impuissance.

Elle appelait la fille de service en frappant sa casserole avec sa cuillère, et montrait par signe ce dont elle avait besoin.

On constate sur la pièce un ramollissement atrophique du corps strié intra et extra-ventriculaire. La troisième circonvolution frontale gauche, dans son tiers postérieur, est la seule malade : elle ne communique plus avec la frontale transverse. Il existe donc un foyer de ramollissement atrophique sur l'extrémité postérieure de la troisième circonvolution, avec un ramollissement atrophique du corps strié et des trois plis postérieurs de l'insula.

(Professeur Broca, 1862).

N° 70. — Moitié latérale gauche du cerveau; lésion de la circonvolution frontale transverse et des trois circonvolutions frontales; aphasie.

Cette pièce a été prise sur la nommée Foucault, chiffonnière, âgée de 52 ans, qui cinq ans environ avant sa mort, avait été prise d'hémiplégie droite; mais elle pouvait encore marcher et parler. Trois ans après, elle fut prise d'une nouvelle attaque à la suite de laquelle la parole devint impossible, et la malade fut absolument confinée au lit.

A la suite de cette seconde attaque, on constata qu'il existait une hémiplégie droite, avec contracture et flaccidité du membre supérieur. Tandis que le membre inférieur était roide, le genou et le pied étaient dans l'extension; ce membre tombait comme une masse quand on le soulevait. Il n'existait plus de mouvements réflexes, mais la sensibilité au pincement, était conservée dans les deux membres droits.

La perte de la parole était absolue. Cette femme ne faisait entendre que des grognements inarticulés; ce qui ne l'empêchait pas de reconnaître les personnes qui venaient la voir, et elle témoignait des marque de satisfaction quand on comprenait ses désirs. La déglutition des liquides était difficile, elle ne buvait que par petites gorgées; les solides étaient aussi avalés très-difficilement, l'appétit était conservé.

L'encéphale pesait 1,043 grammes, les deux hémisphères réunis 875 grammes; différence entre les deux en faveur du droit, 140 grammes. On constate sur cette moitié de cerveau, une lésion assez prononcée de la partie supérieure de la circonvolution frontale transverse. Les trois circonvolutions frontales sont profondément altérées à leur partie postérieure. Les circonvolutions pariétales dans leur partie antérieure, sont aussi altérées à leur surface et atrophiées. La pie-mère cérébrale, au niveau des lésions de la couche corticale du cerveau, était infiltrée de sérosité.

(Professeur Broca, 1862).

N° 71. — Moitié latérale gauche du cerveau; ramollissement du lobe sphénoïdal et pariétal; pseudo-aphasie.

Cette moitié de cerveau a été recueillie sur une femme de 68 ans, nommée Chansibault (Rosalie), qui était entrée dans le service de M. Vulpian, à la Salpétrière. Cette femme n'avait point eu d'attaque avant son entrée à l'infirmerie, mais elle ne pouvait s'exprimer que très-imparfaitement. Elle paraissait avoir complétement perdu la mémoire. Elle ne se rappelait point le nom de son mari; il n'était point certain qu'elle comprenait ce qu'on lui disait.

Rosalie Chansibault racontait que deux ans avant son entrée à la Salpétrière, elle avait été paralysée du côté droit, Elle paraît avoir eu une attaque brusque, mais on ne pouvait avoir aucun renseignement certain. La parole était très-embarrassée, on ne pouvait lui faire tirer la langue de la bouche, elle la faisait mouvoir cependant facilement. A ce moment M. Vulpian a constaté que la paralysie n'était pas très-marquée; la malade améliorée est sortie de l'infirmerie le 28 juillet 1863.

Le 22 novembre de la même année, elle rentre à l'infirmerie dans le service de M. Broca, pour une fracture du col du fémur gauche, et elle succomba le 3 janvier suivant aux progrès d'une escharre au sacrum.

On constate sur cette pièce que l'hémisphère gauche, présente un ramollissement étendu qui occupe le lobe pariétal et le lobe sphénoïdal, sur le pourtour de la scissure de Silvius. Le fond de la scissure est altéré dans la même étendue, ainsi que les deux plis postérieurs de l'insula. Il s'agit ici d'un ramollissement superficiel chronique, progressif, qui résulte ou qui paraît résulter d'une oblitération presque complète de l'artère sylvienne. L'oblitération a eu lieu par un caillot fibrineux ancien, tubuleux. Les hémisphères avec les membranes pesaient : le droit, 472 grammes, le gauche, 395; différence, 77 grammes.

M. Broca a intitulé cette observation pseudo-aphasie, parce que des faits semblables ont été donnés pour des cas d'aphasie. Mais M. Vulpian, qui a étudié cette malade pendant longtemps, n'a pas songé à diagnostiquer une aphasie.

Dans les derniers mois de sa vie, qu'elle a passés dans le service de M. Broca, cette femme lui a paru abrutie, sans idée mais non aphasique; elle bredouillait des mots inintelligibles.

(Professeur Broca, 1862.)

N° 72. — Moitié latérale gauche du cerveau ; ramollissement de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale ; aphasie.

Ce cerveau a été recueilli sur une femme agée de 71 ans, morte à la Salpétrière dans le service de M. le professeur Vulpian, le 15 juin 1865. Cette femme était entrée une première fois à l'infirmerie, le 4 novembre 1861. Ce jour, à onze heure du matin, elle avait perdu subitement la parole et avait été frappée en même temps d'hémiplégie faciale du côté droit, sans attaque apoplectique reconnaissable. Pas de paralysie des membres de l'un ou de l'autre côté. Elle reste à l'infirmerie jusqu'au 27 décembre, et sort, n'ayant pas recouvré la parole. Il paraissait y avoir un notable affaiblissement intellectuel. Les seuls mots qu'elle pût dire étaient : *Oui ; non ; je ne peux pas ; mon Dieu! non ; comme ça ; oui, Monsieur.*

Légère déviation de la pointe de la langue, à droite.

Elle ne pouvait pas écrire, bien qu'elle parût le savoir. Elle marchait seule et sans traîner l'un de ses pieds.

Elle rentre à l'infirmerie le 14 juin 1865. Elle a été frappée d'apoplexie quelques heures auparavant. Coma avec stertor, paralysie complète des membres du côté gauche. Morte la nuit suivante.

Les artères de la base de l'encéphale sont très-athéromateuses. Ramollissement récent de presque tout l'hémisphère droit, prononcé surtout au niveau du lobe frontal. Du côté gauche, on voit les traces d'un ramollissement ancien qui a amené l'atrophie, avec coloration jaune, de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontrale, et de la région externe des deux circonvolution marginales. Ce ramollissement s'étendait encore aux deux plis antérieurs de l'insula de Reil, et à une portion du sommet du lobe sphénoïdal.

(Professeur Vulpian, 1865.)

N° 73. — Cerveau, ramollissement avec atrophie de la partie postérieure de la deuxième et troisième circonvolution frontale du côté gauche ; aphasie.

Ce cerveau a été pris sur la nommée Louise V., agée de 71 ans, blanchisseuse, atteinte d'hémiplégie droite. Cette femme était gâteuse, et, d'apres les renseignements fournis par les parents, elle aurait eu, quatre ans avant son entrée à l'hôpital de la Salpétriere, vers le 27 mars 1862, une attaque à la suite de laquelle elle aurait eu une hémiplégie droite, qui se serait dissipée au bout d'un an, et une perte de la parole pendant vingt-quatre heures. De-

uis elle aurait eu cinq attaques épileptiformes, pendant lesquel-
les la tête était tournée du coté paralysé, avec des mouvements
convulsifs des membres. Un an avant son entrée à la Salpétrière,
cette femme avait eu une attaque d'apoplexie, et, à la suite une
hémiplégie droite : quinze jours après son mari tombe mort à
ses pieds. Depuis ce temps il y a eu une perte complète de la
parole.

A son entrée à l'hôpital, il y avait une paralysie du côté droit,
avec contracture du membre supérieur, l'avant-bras était fléchi
sur le bras, la main sur l'avant-bras, les doigts sur la main.
La malade comprend, mais répond: *oui* et *non* et *ah ! mais non.*
Pendant son séjour à l'hôpital la santé s'améliore ; quand on
lui demande de ses nouvelles elle répond: *Bien.*

Le 30 mai 1863, pour la première fois, la malade dit *Bonjour,*
mais on ne peut le lui faire répéter. Le 3 juin elle dit: *Bonjour,*
Monsieur, mais elle ne le disait point d'elle-même. Elle peut ti-
rer la langue, mais quand on a insisté pour qu'elle la dirigeât à
droite et à gauche, elle a répondu. *Je ne peux pas.* Elle rentre
à l'infirmerie le 4 février 1865; elle ne répond plus aux questions
qu'on lui fait ; elle ne dit pas même, *oui* ou *non*, et meurt le
26 février.

Le poids du cerveau est de 1,030 grammes. Il existe une atro-
phie notable de l'hémisphère gauche, avec destruction presque
complète du tiers postérieur de la deuxième circonvolution
frontale, ainsi que de la partie postérieure de la troisième,
dans l'étendue d'un centimètre environ. Une coupe horizon-
tale de l'hémisphère gauche, montre qu'il n'existe point de
lésion du corps strié, ni de la couche optique ; la lésion ne
commence qu'en dehors du corps strié; là, le tissu encéphalique
était converti en tissu pour ainsi dire spongieux. La substance
cérébrale proprement dite a disparu, mais le squelette conjonctivo-
vasculaire a persisté dans presque toute la longueur du bord
externe du corps strié.

(Professeur Vulpian, *thèse de M. J. Mongie*, Paris 1866,
p. 14.)

N° 74. — Portion gauche du cerveau ; hémorrhagie cérébrale qui
détruit la capsule interne et l'avant-mur ; hémiplégie droite gué
en huit jours.

Cette pièce provient d'un homme de 71 ans, qui est fr
d'apoplexie, couché dans son lit ; il perd connaissance et
dans le coma pendant 24 heures à peu près. Le lendemain
repris connaissance, mais l'intelligence était encore très-ob
la parole était embarrassée, et il existait une hémiplégie
caractérisée par la perte presque complète des mouvem

bras, l'affaiblissement de tous les muscles de la cuisse et de la jambe. Le pli naso-labial était effacé du côté droit, il y avait immobilité de la face. La sensibilité était intacte dans tous ses modes.

Le 20 novembre, trois jours après l'hémorrhagie, l'intelligence était complétement revenue; la parole était lente, mais elle avait toute sa netteté. Les mouvements des membres supérieur et inférieur droits, étaient encore faibles, mais notablement plus étendus qu'il y a deux jours. L'amélioration s'accentue de jour en jour, et le 25 novembre, on constate que les mouvements du bras et de la jambe ont repris toute leur force et toute leur étendue. Cet homme mourut le 13 décembre, épuisé par une longue suppuration suite de brûlure.

On constate, sur cette pièce, dans le lobe cérébral gauche, une vaste hémorrhagie qui a détruit la capsule externe, l'avant-mur et entamé un peu la partie externe du noyau ventriculaire du corps strié. Le foyer a, d'avant en arrière, une longueur de 3 centimètres; sa hauteur est de 2 centimètres 1/2 et sa longueur de 2 ou 3 centimètres. Il a une forme à peu près linéaire, rectiligne, et est compris dans le plan antéro-postérieur parallèle à la grande scissure hémisphérique. Son centre est occupé par un caillot noir dense, adhérent aux parties voisines contuses et dilacérées. Celles-ci offrent une teinte rougeâtre ocreuse, diminuant peu à peu d'intensité. Les autres parties de l'encéphale étaient normales.

(MM. Brault et de Beurmann, *Soc. Anat.*, 1876, 4e série, t. Ier, p. 739.)

N° 95. — Portion de l'hémisphère droit du cerveau; hémorrhagie, caillot; hémi-anesthésie temporaire de cause cérébrale.

Cette portion de cerveau provient d'une femme de 88 ans qui, en déjeunant, assise sur sa chaise, se pencha tout à coup du côté gauche sans tomber et fut prise de nausées fréquentes. Le bras gauche était fléchi et les doigts en griffe, elle cherchait, sans y arriver, à atteindre la nourriture placée devant elle. Pas de mouvement dans la jambe ni dans la face, pas de perte de connaissance. L'intelligence était affaiblie; il n'y avait point d'embarras dans la parole. Il n'y avait point de paralysie motrice; les bras et les jambes paraissaient égaux en force des deux côtés; seulement il semblait y avoir une légère déviation de la face à droite.

Il existait une hémi-anesthésie complète au toucher, et à la douleur, qui occupait tout le côté gauche du corps, la face le tronc et les membres.

Douze jours après cet accident, l'intelligence de la malade baisse rapidement; elle gâte et trouble par ses cris continuels,

le repos de ses voisines. Les membres inférieurs très-affaiblis, ne peuvent plus soutenir la malade ; les supérieurs sont intacts. L'hémi-anesthésie a complétement disparu et la sensibilité est égale des deux côtés. La malade meurt cinq mois après.

L'hémisphère gauche du cerveau était sain. On constate sur la portion de l'hémisphère droit conservée, au moyen d'une coupe verticale qui a été pratiquée au niveau du pied des circonvolutions frontales antérieures, un foyer hémorrhagique rempli par un caillot ocreux. Ce foyer presque linéaire à ce niveau, s'élargit en arrière, au point d'avoir 15 millimètres environ de largeur au niveau d'une seconde coupe qui passe par la circonvolution frontale ascendante. Ce foyer est situé sur la limite de la capsule externe et du noyau lenticulaire du corps strié, qui est repoussé un peu en dedans vers la capsule interne. Ce foyer pour expliquer l'hémi-nesthésie temporaire, a probablement comprimé, pendant les premiers jours, la partie postérieure de la capsule interne. Plus tard, la rétraction ordinaire s'étant produite, la compression de capsule interne a cessé.

(M. Oulmont, *Soc. anat.*, 1877, 4e série, t. III, p. 267.)

N° 76.— Moitié latérale gauche du cerveau; hémiplégie droite, avec contracture secondaire et hémi-anesthésie; aphasie due à une deuxième attaque.

Cette pièce est très-intéressante. La lésion centrale rend un compte suffisant de la paralysie motrice et de celle de la sensibilité, car il existe une lésion profonde de l'insula de Reil. Il existe en outre une intégrité complète de la troisième circonvolution frontale gauche qui répond à l'aphasie.

Ce cerveau a été recueilli sur un homme de 46 ans qui, en 1874, avait été frappé d'hémiplégie droite; depuis, il était devenu aphasique dans une seconde attaque. Quand il vint à l'hôpital de Bicêtre en 1877, ce malade présentait une griffe de contracture secondaire à la main droite ; il existait encore un peu de mobilité au membre inférieur du même côté : la sensibilité tactile était absolue de ce côté. La parole était abolie ; le malade comprenait bien, mais ne répondait que par les mots *dar — da*. Il semblait, du reste, n'avoir jamais mieux parlé depuis son attaque d'aphasie. Il est mort rapidement de pneumonie.

A l'autopsie, les méninges étaient épaissies, laiteuses ; au niveau de la partie postérieure de la branche horizontale de la scissure sylvienne gauche et sur le lobule pariétal inférieur. Les artères de la base et la sylvienne en particulier, étaient athéromateuses. En décortiquant le cerveau, on ne constata aucune adhérence au niveau de la région frontale. *La troisième circonvolution frontale gauche est complétement respectée, tant à la*

superficie qu'à la profondeur, mais toutes les circonvolutions de l'insula sont très-altérées. C'est ce que l'on voit en écartant les lèvres de la scissure sylvienne. En outre, le ramollissement superficiel occupe la première et la deuxième circonvolution temporale à la partie antérieure, et un peu de la partie postérieure et inférieure de la circonvolution pariétale ascendante. Le *Cyrus* ***angularis*** est respecté, ainsi que les régions signalées comme répondant aux centres moteurs des membres dans la substance corticale. Dans la profondeur, le ramollissement occupe toute l'insula de Reill, mais s'arrête à la branche ascendante de la scissure sylvienne ; à ce niveau, il n'empiète pas sur la troisième circonvolution frontale. Des coupes après macération dans l'alcool, ont été pratiquées sur ce cerveau, et elles montrent l'intégrité parfaite des faisceaux blancs de la troisième circonvolution. Elles permettent seulement de constater l'existence d'un vaste foyer s'étendant dans la capsule interne en arrière, au siége classique de l'hémiplégie avec hémi-anesthésie. Rien au reste de l'encéphale.

(M. de Boyer, *Soc. Anat.*, 1877, 4e série, t. II, p. 450.)

N° 77. — Moitié latérale gauche du cerveau ; ramollissement cortical du lobe du pli courbe ; hémiplégie droite passagère, aphasie.

Cette pièce a été recueillie sur une femme de 74 ans, qui était dans un état asystolique très-prononcé.

Le 4 décembre 1876, elle fut trouvée paralysée du côté droit, la respiration était soufflante, il n'y avait point de perte de connaissance, décubitus latéral droit, la commissure labiale était tirée à gauche. La langue était déviée à droite d'une façon très nette. Rien d'anormal du côté des paupières et des yeux; pas de déviation des globes oculaires, ni de rotation de la tête. Le membre supérieur droit est complétement paralysé, sans raideur; la jambe droite remue encore faiblement à la volonté de la malade.

La sensibilité est très émoussée du côté paralysé à la face et au bras, mais aussi très diminuée au côté gauche. La parole est complétement abolie.

Le 5 décembre, la jambe droite remue à peu près aussi bien que celle du côté gauche, le bras droit remue en masse, mais la malade ne peut serrer la main de ce côté. La langue se dévie un peu moins.

Le 6 décembre, le mouvement est complétement revenu à la jambe, le bras droit remue assez bien, mais la force est à peu près abolie à la main. La malade prononce quelques mots, il existe encore de la déviation de la langue et de la bouche.

Le 7 décembre, la parole est rétablie, avec un peu d'hésitation cependant; les mouvements des membres supérieurs et inférieurs

droits sont rétablis, mais il y a de la faiblesse. La malade meurt le 14 décembre.

On constate sur l'hémisphère gauche du cerveau un foyer tout récent de ramollissement rouge, large comme une pièce de deux francs, mais dont le centre seulement est complétement désagrégé, sur une largeur de deux centimètres. Le centre correspond juste à la partie antérieure du lobule du pli courbe, à moitié à peu près de sa hauteur. La partie voisine de la pariétale ascendante est atteinte par le foyer, la zone de ramollissement moins profond qui entoure le foyer central, s'étend sur tout le lobule du pli courbe; mais en écartant la pariétale ascendante, on voit que cette zone remonte sur la face adjacente de cette circonvolution, jusqu'à moitié de sa hauteur. Cette partie ramollie de la pariétale est à peine visible, quand les circonvolutions sont accolées. En suivant le foyer jusqu'en bas on voit qu'il n'atteint pas la scissure de Sylvius.

Sur une coupe verticale de cet hémisphère, passant juste par le milieu du foyer, on constate que la partie désagrégée dépasse légèrement la limite de la substance grise vers les parties supérieures du foyer, mais en bas, elle est reliée par un espace pointillé et rouge à un petit foyer pisiforme, situé dans la substance blanche, qui correspond aux parties les plus déclives du lobule du pli courbe. Enfin il existait une petite tache rouge, comme hémorrhagique, tout à fait superficielle, sans désagrégation apparente sur l'insula, sur le prolongement du sillon de Rolando.

(M. Sabourin, *Soc. Anat.*, 1877, 4e série, t. II, p. 45.)

N° 78. — Moitié latérale gauche du cerveau; gliôme siégeant sur la circonvolution frontale ascendante; monoplégie brachiale portant sur les muscles extenseurs de l'avant-bras droit.

Cette moitié de cerveau provient d'un homme de 48 ans, qui était entré en octobre 1876, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une paralysie limitée du bras et de l'avant-bras droit, datant de trois semaines. Cette paralysie était survenue brusquement, à la suite d'une attaque apoplectiforme avec chute, perte de connaissance et convulsions violentes.

Le jour de son entrée à l'hôpital, cet homme eut une attaque convulsive caractérisée par des secousses violentes de la jambe et du bras droit, de la face du côté droit. Pendant l'attaque, quoique la connaissance fût conservée, il y eut perte de la parole. L'attaque dura dix minutes environ, il ne persista que la monoplégie brachiale qui était ancienne, avec un peu de stupeur et une gêne plus marquée de la parole.

Ces attaques se renouvelèrent fréquemment, mais elles se modifièrent en ce sens que, les convulsions se limitèrent presque ex-

clusivement au bras et à l'avant-bras droit. Les membres inférieurs et le bras gauche ne présentaient rien de particulier; le malade marchait sans difficulté. A partir de la fin de novembre jusqu'au 9 décembre date de la mort, la marche devint difficile, la paralysie du bras droit s'accentua, le côté droit de la face devint plus visible.

A l'autopsie l'hémisphère droit du cerveau fut trouvé normal. On constata sur le gauche une tumeur décrite par Virchow sous le nom de Gliôme. Cette tumeur a les dimensions d'une pièce de dix centimes, elle siége exclusivement sur la circonvolution frontale ascendante gauche, au niveau du pli anastomostique qui relie cette dernière à la frontale ascendante. La circonvolution pariétale ascendante n'est intéressée en rien, et au niveau de la tumeur; on a pu séparer sans difficulté les deux lèvres du sillon de Rolando. Les méninges étaient adhérentes au niveau de cette production,

(M. Mahot, *Soc Anat.*, 1876, 4e série, t. I p. 734.)

N° 79. — Moule en plâtre de la moitié du cerveau précédent.

(M. Mahot, *Soc. Anat.*, 1876.)

N° 80. — Moitié latérale droite du cerveau; psammôme volumineux de l'arachnoïde, hémiplegie persistante.

Cette moitié de cerveau provient d'un homme de 57 ans, qui avait été admis à Bicêtre pour une hémiplégie double. Il était gâteux; il a été impossible d'obtenir de renseignements. On a pu seulement constater à son entrée à l'hôpital qu'il existait une contracture ancienne de la main gauche, avec une paralysie flasque du bras et de la jambe droite, de la rotation de la tête et des yeux à gauche. Il y avait une paralysie faciale double, plus prononcée cependant à gauche. L'anesthésie était généralisée, il existait des accidents convulsifs consistant en agitation, en raideurs tétaniques, mais il n'y avait point d'accès épileptiformes.

On constate sur cette moitié de cerveau une adhérence très-prononcée de la dure-mère au lobe pariétal gauche; à ce niveau existait une exostose du pariétal du même côté.

A la face interne de la dure-mère existe une tumeur arrondie, du volume d'un œuf, adhérente. Cette tumeur paraît appartenir à la pie-mère, elle refoule les circonvolutions cérébrales sans les envahir; elle paraît peu vasculaire. Cette masse empiète sur la face externe de l'hémisphère gauche, en masquant le haut de la circonvolution frontale ascendante, presque toute la pariétale ascendante, et une partie du lobule pariétal inférieur. Elle cache aussi la terminaison de la scissure de Sylvius.

A la coupe, la tumeur est homogène, granuleuse, sans suc; sa

couleur est grise, et présentait à peine quelques pertuis vasculaires. Elle n'est point entourée par une coque fibreuse, et est absolument extra-cérébrale ; il ne serait point difficile de l'énucléer sans altérer le tissu du cerveau qui en reste séparé par un lacis fibro-vasculaire, vestige de la pie-mère atrophiée.

Cette tumeur paraît s'être développée entre la pie-mère et la dure-mère. Le produit de râclage de la tumeur ne contient qu'une quantité innombrable de petites productions sphériques, feuilletées, disposées autour d'une masse centrale opaque, irrégulièrement festonnée. Une zone externe, translucide, réfringente, comme hyaline, anhyste, enveloppe chacun de ces corps.

(Voir pour les détails de l'observation, M. de Boyer, *Soc Anat.*, 1877, 4e série, t. II, p. 386.)

N° 81. — Modèle en plâtre d'une dépression considérable du lobe droit du cerveau, par un énorme caillot situé sur la dure-mère.

Cette pièce provient d'un homme de 39 ans, qui est tombé d'un premier étage dans une cave. Le choc de la tête a porté sur la région frontale. Il existait une perte complète de la sensibilité du côté gauche; le bras et la jambe pouvaient encore exécuter quelques mouvements, mais ils étaient d'une faiblesse extrême. Il s'est manifesté aussi quelques mouvements convulsifs, avec de la contracture. Peu de temps après l'accident, le blessé est tombé dans un coma profond ; la mort a eu lieu cinq jours après l'accident.

On constate sur le plâtre que le lobe sphénoïdal droit, est le siége d'une large dépression qui se prolonge sur le lobe occipital. Cette dépression a 12 centimètres d'avant en arrière, et 6 verticalement dans sa partie la plus large. Comme il existait une fracture du crâne, on observa une déchirure d'une branche de l'artère méningée moyenne qui avait donné naissance à un vaste épanchement sanguin.

(Professeur Broca, 1875.)

N° 82. — Modèle en plâtre du caillot qui occupait la dépression sur le cerveau précédent.

Ce caillot a de 9 à 10 centimètres de longueur, et près de 3 centimètres d'épaisseur. Il était placé entre le crâne et la dure-mère, qui n'était perforée en aucun point.

(Professeur Broca, 1875.)

N° 83. — Cerveau ; tumeurs probablement syphilitiques de la protubérance annulaire.

Ce cerveau provient d'une femme de 38 ans, qui était réputée syphilitique. Elle présentait un affaiblissement considérable de

l'intelligence, elle avait perdu la mémoire, les facultés affectives. Il existait en outre de la roideur, et un état de tension continuelle de tous les muscles. La sensibilité générale était obtuse, il y avait un prolapsus de la paupière supérieure de l'œil droit, avec immobilité de la pupille et difficulté dans la déglutition.

On constate sur ce cerveau, à la base de l'encéphale, au niveau de la protubérance et des pédoncules cérébraux, plusieurs petites tumeurs. La partie latérale gauche de la protubérance est saine, à droite, au niveau de l'origine du pédoncule cérébelleux moyen, il y a une petite surface ramollie, l'altération est superficielle. De ce côté, à la partie antérieure de la protubérance, est une tumeur du volume d'une aveline, qui limite en avant le bord de la protubérance, ne dépasse point la ligne médiane et recouvre le pédoncule cérébral. Une seconde tumeur plus petite, ovale, occupe l'origine du nerf moteur oculaire commun droit. Il en existe aussi une au niveau du gauche, mais moins volumineuse encore. De l'extrémité postérieure de la circonvolution de l'hippocampe gauche, part une excroissance qui longe la face inférieure du pédoncule cérébral, et vient se terminer à l'extrémité antérieure de la moitié gauche de la protubérance.

L'examen microscopique a montré que ces tumeurs contenaient une grand abondance de myelocytes, et quelques éléments fusiformes, ainsi que des fibres lamineuses.

(M. Nicaise, *Soc. Anat.*, 1863, 2e série, t. VIII, p. 332.)

N° 84. — Malformation congénitale du cerveau; absence presque complète des lobes occipitaux; contracture généralisée.

Ce cerveau provient d'un enfant de 28 mois, dont le développement était à peine celui d'un enfant de six mois. Cet enfant était bien proportionné et la maigreur était portée à sa dernière limite, il n'avait encore que deux incisives à chaque mâchoire ; les deux premières molaires commençaient seulement à paraître.

Cet enfant a eu constamment, depuis sa naissance, des convulsions et des vomissements; couché, il était dans un état de rigidité musculaire généralisée. La tête maintenue renversée en arrière, roulait par moments à droite et à gauche sur l'oreiller, comme si l'enfant voulait user par le frottement son occiput.

Les quatre membres étaient contracturés et fléchis d'une façon permanente et forcée. Les doigts fortement recourbés sur le pouce, implantaient leurs ongles dans la paume de la main. Par moments, lorsqu'on excitait l'enfant, il y avait de petites secousses convulsives. Il y avait des gémissements continuels, la sensibilité était exagérée.

En arrière, et à partir du sillon de Rolando sur les deux hémisphères, la coloration et la consistance des méninges étaient toutes spéciales; cette coloration était blanchâtre, et on y sentait

une fluctuation évidente. Comme on le constate sur la pièce, il existait deux kystes symétriques représentant la forme des lobes occipitaux. En les incisant, on a recueilli dans chacun environ 150 grammes de liquide transparent, alcalin, d'une densité de 1005, ne contenant que des traces d'albumine, 0 gr. 53 de chlorure pour 100. C'était, par conséquent, du liquide céphalo-rachidien.

Quant aux parois du kyste, elles sont très-minces et paraissent uniquement constituées par le feuillet viscéral de l'arachnoïde. La cavité était incomplétement cloisonnée par des tractus fibro-celluleux. Cette cavité envoie des prolongements digitiformes en avant, du côté des lobes frontaux, et d'autres diverticulums plus considérables sous la partie de l'arachnoïde qui recouvre les parois latérales des lobes sphénoïdaux, jusqu'à la scissure de Sylvius.

Ces cavités kystiques paraissent bien siéger dans l'espace sous-arachnoïdien et avoir refoulé la pie-mère avec la substance cérébrale, de telle sorte qu'on ne trouve pas la communication avec les ventricules latéraux. Relativement à la substance cérébrale elle-même, presque tout ce qui est en arrière de la circonvolution marginale postérieure a disparu. On ne trouve que quelques circonvolutions occipitales déformées, visibles par la face inférieure seulement, et des lobes sphénoïdaux incomplets.

Le cervelet est à découvert, ainsi que les tubercules quadrijumeaux. L'hémisphère gauche est notablement plus petit que le droit.

(M. Maunoir, *Soc. Anat.*, 1876, 4me série, t. I, p. 163.)

N° 85. — Portion de cerveau; kyste hydatique.

Sur cette portion de cerveau, on constate qu'il s'est développé un kyste acéphalocyste à la base. La substance cérébrale est refoulée, atrophiée à ce niveau, le kyste acéphalocyste à le volume d'un petit œuf de poule, il est bien conservé. Il est adhérent à la substance cérébrale, les parois du kyste sont minces, et laissent voir par transparence, au milieu du liquide qui le remplit, une grande quantité de petits corps. On manque malheureusement de renseignements sur cette pièce.

(M. Marjolin, 1836.)

N° 86. — Hémisphère latéral droit du cerveau; dépression considérable de la surface du lobe antérieur, très-probablement produite par un kyste.

Cette moitié du cerveau est malheureusement sans renseignements. On observe à la surface de l'hémisphère, au niveau de la partie moyenne du lobe antérieur, une large dépression qui a 7 centimètres 1/2 d'avant en arrière, et 7 centimètres de haut en

bas; cette dépression est limitée en arrière par le sillon de Rolando. Au fond de cette cavité qui peut avoir, dans certains points, 2 centimètres de profondeur, on reconnaît fortement déprimées les circonvolutions cérébrales, ce qui prouve qu'elles sont atrophiées par compression et non détruites.

On trouve flottant tout au pourtour de la dépression, des débris membraneux qui appartiennent les uns à la pie-mère, les autres aux parois du kyste. Il est aujourd'hui, en l'absence de tous renseignements, difficile de se prononcer sur la nature de la tumeur qui occupait cette dépression : elle était très-probablement de nature kystique, et il est à présumer qu'il s'agissait ici d'un kyste hydatique. La pie-mère à la surface de l'hémisphère, est épaissie, fortement adhérente et relie les unes aux autres les circonvolutions, ce qui témoigne qu'il a existé à un moment donné une inflammation diffuse et chronique des méninges.

N° 97. — Cancer du cerveau, survenu chez une femme de 49 ans, à la suite d'un cancer du sein opéré et guéri.

Ce cerveau provient d'une femme de 49 ans, qui a été opérée du sein gauche en octobre 1870, d'un cancer qui a guéri. Avant la cicatrisation de la plaie, la malade a eu des accès épileptiformes caractérisés par une perte de connaissance, avec congestion de la face et contracture des muscles, écume à la bouche. Ces accès étaient rares.

Au mois de janvier 1872, cette femme présentait tous les symptômes d'une tumeur cérébrale; il existait une résolution incomplète des membres supérieurs et inférieurs; la résolution était beaucoup plus marquée à droite. L'intelligence était intacte, mais il y avait une aphasie qui, de même que la résolution des membres, était plus ou moins complète selon les jours. Tantôt la malade disait son âge, les endroits où elle souffrait; tantôt elle ne répondait que par des mots incompréhensibles, et paraissait en colère de ne pouvoir se faire comprendre.

La malade accusait fréquemment des douleurs de tête et les localisait au côté gauche; la pupille du même côté était dilatée et il y avait amaurose. Assez fréquemment la malade avait des accès épileptiformes, quoiqu'elle gardât le lit depuis le mois de juillet dernier. Son état général était bon, elle avait de l'embonpoint, et n'avait aucune trace de la diathèse cancéreuse. Mais, vers le mois d'avril 1871, tous les symptômes allèrent en s'aggravant. La résolution des membres devenue complète, fit place à de la contracture limitée au côté droit; la tête se fléchit sur l'épaule droite, la respiration devint stertoreuse. La malade succomba le 21 août 1872.

A l'autopsie on trouva les muscles situés sous la cicatrice du sein parfaitement normaux, ainsi que les côtes et les cartilages costaux. Rien dans les poumons, le cœur, le foie, la rate, les reins et l'utérus.

La voûte du crâne enlevée, on trouva la face externe de la dure-mère parfaitement saine, sa face interne était adhérente à la partie moyenne, supérieure et externe du lobe gauche du cerveau. A ce niveau elle adhérait à une substance en forme de plaque dure, lardacée, grisâtre, qui avait 10 centimètres de diamètres. On ne trouvait à ce niveau aucune trace de la pie-mère ; la dure-mère se détachait assez facilement. En pratiquant une coupe verticale du cerveau, on constata que cette tumeur avait la forme d'un cône tronqué, et pénétrait dans le cerveau, sans toutefois atteindre le corps strié. Les circonvolutions à ce niveau avaient complétement disparu : on ne retrouvait plus qu'une masse dure, grisâtre, présentant quelques points jaunâtres comme gélatineux, mais encore assez durs.

Rien dans les autres parties de l'encéphale, rien dans les ventricules. Il est à regretter que l'examen microscopique de cette tumeur n'ait point été fait, car on peut se demander s'il ne s'agit point ici d'un psammôme.

(M. Rey, *Soc. Anat.*, 1872, 2e série, t.XXVII, p. 213.)

N° 88. — Cancer du cerveau.

Ce cerveau qui provient d'un homme de 66 ans, est en assez mauvais état de conservation. La pie-mère est épaissie et très-adhérente à la surface du cerveau, dont elle réunit les circonvolutions les unes aux autres. La partie médiane des lobes cérébraux antérieurs est en grande partie détruite, et les débris constituent deux masses isolées, que M. Velpeau a considérées comme étant squirrheuses. Ces deux masses ont environ le volume du poing. M. Velpeau a pensé que l'affection avait débuté par la partie antérieure de la faux du cerveau, qu'elle s'est développée des deux côtés, en déprimant les lobes antérieurs. La partie gauche de la tumeur est un peu plus volumineuse que la droite; elle est en outre bosselée, inégale à sa surface.

Pendant la vie, cet homme n'avait présenté aucuns symptômes de lésion cérébrale; il était entré à l'hôpital pour une hypertrophie de la prostate, et c'est cette dernière maladie qui a déterminé la mort. La seule particularité que l'on ait pu observer, c'est qu'il s'adonnait à la masturbation.

(Professeur Velpeau, 1843.)

N° 89. — Modèle en cire d'une base du crâne; tumeur du corps pituitaire.

Modèle en cire d'une base du crâne, sur laquelle on observe une

tumeur conique du corps pituitaire qui a été considérée comme cancéreuse, et aurait occasionné la mort du malade.
(*Bull. de la Fac.*, 1806.)

N° 90. — Modèle en cire d'une base du crâne, avec un kyste du corps pituitaire.

Sur ce modèle en cire d'une base du crâne, on constate sur la selle turcique dans le corps pituitaire, un kyste du volume d'un petit œuf de pigeon; les parois ont environ un millimètre d'épaisseur. La tumeur remplit complétement la selle turcique, à la partie supérieure de laquelle elle fait une saillie de 1 centimètre 1/2; elle ne s'est point également développée des deux côtés, la saillie du côté gauche est plus accusée, d'où résultait de ce côté une compression plus directe du nerf optique.
(Professeur Dupuytren, *Bull. de la Fac.*, 1817, t. V, p. 309.)

N° 91 — Modèle en cire d'une tumeur du cerveau.

Cette pièce est d'origine inconnue; le moulage représente une tumeur qui a le volume d'une noix. Il est dit que cette tumeur a été trouvée dans le cerveau, mais le lieu, la nature de la tumeur n'ont point été déterminés.
(*Bull. de la Fac.*, 1807, p. 32.)

N° 92. — Base du crâne avec le cerveau; dépression considérable de l'hémisphère droit.

Cette pièce est malheureusement sans renseignements. L'hémisphère droit dans les deux tiers antérieurs, présente une large et profonde dépression, au niveau de laquelle les circonvolutions sont aplaties, en grande partie effacées. Il est aujourd'hui impossible de déterminer la cause de cette lésion. Résulte-t-elle d'un caillot ou de la présence d'une tumeur.
(Professeur Cruveilhier, 1837.)

N° 93. — Tumeur volumineuse, formée par la pétrification probable du cerveau.

Cette pièce a été trouvée dans l'intérieur d'un crâne volumineux qui avait été enseveli sous les dalles de l'église de Belleville. Il s'agit d'une grosse tumeur qui a environ le volume des deux poings; elle est très-pesante, d'un aspect aréolaire, ressemblant à une éponge. Sa consistance est pierreuse. M. Goubaux, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort, qui a publié un excellent

mémoire sur les pétrifications de l'encéphale, pense que ces tumeurs ne sont que des végétations, insérées d'abord à la base du crâne, et dont le pédicule se détruit par la suite. M. Broca considère ces tumeurs poreuses sans structure organique, comme développées au sein même de l'encéphale. Les auteurs anciens avaient comparé ces tumeurs à des pétrifications *post mortem*.

L'examen de cette tumeur qui a été fait par M. Ordonez, n'a point présenté le moindre caractère microscopique d'ossification. On y a trouvé de minces lamelles plus ou moins transparentes qui réfractaient la lumière d'une manière différente. Après examen, ces masses ont paru formées de sulfate de chaux hydraté, mêlé de substances organiques, à savoir : la graisse et la matière colorante du sang. Il est très-probable que ces tumeurs se sont produites dans le sol après la mort.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 2e série, t. VII, p. 103.)

N° 94. — Tumeur du cerveau; pétrification

Cette tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, au volume près, a la plus grande analogie avec la précédente. Comme elle, elle est aréolaire d'un aspect spongieux, et a été trouvé dans le crâne d'un individu qui a été enterré dans l'église de Belleville.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1852.)

N° 95. — Tumeur du cerveau; pétrification.

Cette tumeur peu volumineuse assez irrégulière a une analogie de composition avec la précédente; elle est poreuse, aréolaire et a été trouvée dans le crâne d'un individu qui a été enterré dans l'église de Belleville.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1862.)

N° 96. — Tumeur du cerveau; pétrification.

Cette tumeur peu volumineuse a été brisée ; elle est poreuse, irrégulière. Elle a été trouvée dans le crâne d'un individu qui a été enterré dans le cimetière de Montparnasse.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1862.)

N° 97. — Tumeur du cerveau, pétrification

Débris d'une tumeur qui a été trouvée dans le crâne d'un individu qui a été inhumé dans le cimetière de Montparnasse. Pétrification du cerveau.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1862.)

N° 98. — Tumeur ostéoïde du cerveau.

Cette pièce provient du cerveau d'un homme épileptique qui est mort âgé de 45 ans; il n'avait jamais présenté d'embarras de la parole, ni aucun symptôme de paralysie. Le lendemain de son entrée dans un asile, il eut une attaque d'épilepsie avec congestion considérable de la face, et mourut quelques heures après.

Cette tumeur était située dans la fosse moyenne gauche de la base du crâne, la pulpe cérébrale progressivement comprimée, lui formait une espèce de calotte. Cette tumeur, parfaitement énucléable et du volume d'une grosse orange, n'adhérait en aucun point aux parties osseuses. Elle pesait au moment de l'autopsie 345 grammes; elle ne pèse plus aujourd'hui que 203 grammes. L'hémisphère gauche pesait 548 grammes; celui de droite, siége de la tumeur, pesait 469 grammes.

La tumeur, irrégulièrement ovoïde, présente à la coupe les dimensions suivantes: 8 centimètres pour le grand diamètre et 6 pour le plus petit. Elle offre plusieurs saillies à sa surface, et, à l'intérieur elle est divisée en deux parties absolument tranchées: 1° A l'extérieur une substance compacte, d'apparence osseuse, de 2 centimètres d'épaisseur, dans une partie de sa circonférence et de 1 centimètre dans le reste; 2° une partie centrale moins dense, et contenant dans son intérieur plusieurs petits îlots d'une substance analogue à celle de la couche périphérique.

L'examen histologique fait par M. Robin, a démontré qu'elle était formée par une agglomération de très-petites concrétions calcaires sphériques ou sphéroïdales, à couches ou stries concentriques, variant de volume depuis 1 ou 2 centièmes de millimètres, pour les plus petites, jusqu'à 1 ou 2 dixièmes pour les plus grosses qui sont les plus nombreuses. Elles laissent une gangue organique finement striée concentriquement, après l'action dissolvante de l'acide chlorhydrique.

(M. Pennetier, 1863.)

CHAPITRE IV

Lésions du cervelet.

Les pièces relatives aux lésions du cervelet sont au nombre de huit, du n° 99 au n° 105 inclusivement. Les trois premières sont des exemples d'atrophie, les cinq dernières de tumeurs diverses.

N° 99. — Cerveau avec le cervelet; atrophie de toute la couche corticale du cervelet.

Ce cerveau provient d'une femme qui fut admise comme idiote à l'hôpital de la Salpétrière en 1842; elle avait alors 50 ans. L'histoire de cette femme, avant d'entrer dans l'hospice, est fort incomplète; ce que l'on sait seulement de certain, c'est qu'elle se livrait à une sorte de prostitution passionnée.

A son entrée à l'hospice on a constaté qu'elle était très-coquette, l'intelligence était peu développée, mais la malade, dont la prononciation était embarrassée, parlait facilement sans bégayement. Sa démarche était chancelante; en se promenant dans la salle, elle était obligée de se tenir aux lits. Elle n'avançait qu'en s'élançant d'un point solide à un autre, et avec une certaine rapidité, comme pour éviter de se tenir un instant sans appui. Il lui était surtout difficile de descendre les escaliers; elle s'aidait d'une chaise ou se tenait fortement à la rampe; elle risquait de tomber à chaque marche, mais ne tombait presque jamais. Elle n'avait point cependant de paralysie.

En 1862, cette malade est apportée à l'infirmerie; il lui était impossible de se lever, elle était gâteuse; il existait un grand affaissement des membres du côté droit. La sensibilité était

obtuse, la parole cependant nette. Dix jours après, la paralysie était complète à droite. La malade était couchée la tête tournée à gauche, et la joue était presque appuyée sur l'oreiller, bien que la malade fût couchée sur le dos. Si l'on essayait de redresser la tête, on éprouvait une résistance, la tête détournée, se retournait de nouveau à gauche dès qu'on l'abandonnait. Cette femme est morte environ six semaines après son entrée à l'infirmerie.

A l'autopsie, on a trouvé l'artère cérébrale moyenne gauche oblitérée par un caillot, à peu de distance de son entrée dans la scissure de sylvius. Les parois en étaient athéromateuses ainsi que celles de l'artère basilaire.

On constate sur cette pièce que le cervelet est notablement atrophié; il n'a plus environ que le tiers du volume normal. Il a conservé sa forme, ses proportions bi-latérales; sa couleur était d'un gris jaunâtre, couleur bien différente de la teinte grise normale. La consistance était ferme dans toute l'étendue; quelques coupes ont permis de constater qu'une très-grande partie de la substance grise a disparu, et qu'il ne restait plus sur les feuillets de la substance blanche que la couche rouillée et encore diminuée d'épaisseur. Les lames arrivent donc à une petite distance de la surface; ces lames blanches ainsi que leurs rameaux, ont certainement aussi diminué de longueur.

Le bulbe et la protubérance ont leur volume normal; pour les pédoncules moyens cela est douteux.

L'examen microscopique a montré à M. Vulpian, que dans la substance grise il n'existait point de cellules nerveuses. Le tissu est constitué par une matière amorphe finement granuleuse, parsemée de noyaux normaux; enfin d'un certain nombre de corps, les uns ovalaires, les autres triangulaires, à angles mousses: corps ayant de 0,010 m. à 0,015 m. sur le plus grand diamètre, à bords accentués, transparents, sans granulations ni noyaux extérieurs, et qui ont paru, à M. Vulpian, être des cellules nerveuses à la dernière période d'atrophie. Il existait en outre des corps amyloïdes en petite quantité, quelques-uns de grand diamètre. Dans toutes les préparations, il n'a pas été trouvé une fibre nerveuse intacte au milieu de la substance grise; seulement çà et là, mais très-rares, de courts filaments de substance médullaire, très-peu de tissu filamenteux et de cylindres axes. Dans deux ou trois préparations, il n'a pas été plus trouvé de tubes nerveux dans la partie terminale de la substance blanche, que dans les préparations de substance grise. Plus profondément on retrouvait des tubes nerveux, mais manifestement diminués de nombre, avec de la matière granuleuse et des corpuscules amyloïdes interposés.

(Professeur Vulpian, thèse de M. Lanoix, 1863, n° 69, p. 18.)

N° 100 — Cervelet, avec la protubérance; atrophie partielle de la face inférieure du lobe gauche du cervelet.

Cette pièce provient d'un homme de 79 ans, qui est mort à la suite d'une hernie intestinale, sans avoir jamais rien présenté du côté des centres nerveux.

Il existe à la face inférieure du lobe gauche du cervelet une atrophie partielle, située à la réunion du tiers interne avec les deux tiers externes, et se terminant à la grande circonférence qui, à ce niveau, est notablement échancrée. Cette dépression apparaît à la face inférieure du cervelet sous la forme d'une dépression très-accusée, longue de deux centimètres, et large d'un, les bords sont sinueux. Quand le cervelet est on place, ces bords se rapprochent tout à fait par l'engaînement de leurs sinuosités, et la perte de substance entièrement comblée par ce mécanisme n'apparaît plus que comme une fente irrégulière et sans profondeur.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1861, 2e série, t. VI, p. 46.)

N° 101. — Cervelet, avec la protubérance annulaire; atrophie de la face inférieure du cervelet.

Ce cervelet a été recueilli à Bicêtre, sur un homme qui a été amené dans un état semi-comateux, mais qui ne présentait ni paralysie du mouvement, ni anesthésie. L'atrophie, qui est considérable, occupe la partie postéro-inférieure du cervelet.

Ce malade présentait un certain degré d'hyperesthésie déjà assez prononcée. Le poids du cerveau constaté au moment de l'autopsie, était de 200 grammes environ inférieur à celui des autres cerveaux de vieillards. L'espace vide par suite de l'atrophie, était occupé par un tissu cellulaire à mailles très-larges contenant de la sérosité. Quant à la cause de l'excavation, M. Broca était disposé à la considérer comme le résultat d'un travail atrophique développé au niveau d'un ramollissement.

(Professeur Broca, *Soc. Anat.*, 1861, 2e série, t. VI, p. 35.)

N° 102. — Modèle en cire d'une tumeur du cervelet.

Sur ce modèle en cire, on constate qu'il existe dans le ventricule du cervelet qui est très-dilaté, une tumeur très-irrégulière à sa surface, couverte d'aspérités. Cette tumeur a de 5 à 6 centimètres en tous sens. On a représenté une coupe qui montre que l'intérieur de la masse morbide est grisâtre, aréolaire ; tan-

dis que l'extérieur est d'un blanc argenté. Il est aujourd'hui impossible, en l'absence de tous renseignements, de pouvoir en déterminer la nature.

(Professeur Dupuytren, *Bull. de la Fac.*, 1807, t. 32.)

N° 103. — Base du crâne; modèle en cire d'une tumeur qui comprime la protubérance et le cervelet.

Cette pièce, en cire, est destinée à représenter une tumeur probablement de nature cancéreuse, qui développée à la base du crâne dans la gouttière basilaire, comprimait la protubérance annulaire et le cervelet. La tumeur qui est arrondie, lisse à sa surface, est située sous la tente du cervelet qu'elle a perforée à droite, pour gagner l'étage moyen et latéral de la base du crâne. La masse principale située dans la gouttière basilaire, a le volume d'un œuf de poule et comprimait très-fortement la protubérance, qui est déformée, aplatie, ainsi que le cervelet.

(Dupuytren, *Bull. de la Fac.*, 1808, p. 61 et 63.)

N° 103 *a*. — Cervelet, sarcome fibro-plastique situé sur le bord antérieur du cervelet.

Cette petite tumeur, située sur le bord antérieur droit du cervelet, sur lequel elle a produit une dépression, a le volume d'une petite noisette. Elle est constituée par quelques éléments fibreux, mélangés d'un grand nombre de noyaux et de cellules fusiformes. Cette tumeur, qui a été trouvée à l'autopsie d'un individu âgé, n'avait donné lieu à aucun symptôme morbide.

(Professeur Broca, 1862.)

N° 104. — Cervelet; tubercule volumineux du lobe gauche du cervelet et de la protubérance.

Ce cervelet a été recueilli sur un enfant de six ans et demi qui était chétif, mais n'a rien présenté d'anormal, si ce n'est une faiblesse générale, et une intelligence peu développée.

A l'autopsie, le cervelet présentait une dureté, une résistance de son lobe gauche des plus évidentes. La même consistance, tout à fait anormale, se présentait aussi du même côté dans la protubérance. Sur une coupe horizontale du lobe gauche du cervelet, on trouve à son centre une masse énorme jaunâtre, du volume d'un petit œuf, qui a détruit toute la substance nerveuse du lobe. A la périphérie la substance cérébelleuse normale, forme une coque d'environ 1 centimètre en moyenne d'épaisseur.

La protubérance annulaire à l'extérieur est symétrique et paraît saine, mais sur une coupe pratiquée dans son épaisseur, on constate dans sa moitié gauche, un tubercule du volume d'une aveline. A son niveau, la substance nerveuse qui l'enveloppe, a à peine 2 millimètres d'épaisseur.

(M. Martin, *Soc. Anat.*, 1877, 4e série, t. II, p. 252.)

N° 105. — Tubercule du cervelet.

Masse tuberculeuse isolée, du volume d'un petit œuf de poule, qui s'est développée dans la substance du cervelet.

(M. Becquerel, *Soc. Anat.*, 1842.)

CHAPITRE V.

Lésions de la moelle épinière.

Le musée renferme huit pièces seulement de lésions de la moelle épinière, du n° 106 au 114 inclusivement. La plus intéressante de ces pièces me paraît être celle du n° 114, qui est un exemple relativement assez rare de névrômes multiples des nerfs de la queue de cheval.

N° 106. — Portion de moelle épinière; apoplexie sanguine.

Cette pièce consiste dans une portion de la moelle épinière, longue de 10 centimètres. Au centre existe un épanchement sanguin, qui est situé au niveau de la septième vertèbre cervicale. A ce niveau, la moelle paraît détruite dans presque toute son épaisseur et dans une hauteur de 3 centimètres. Il est regrettable que cette pièce soit sans renseignements.

N° 107. — Protubérance annulaire, avec une grande partie de la moelle épinière; plaque crétacée de l'arachnoïde.

Cette pièce provient d'une femme de 52 ans, qui était devenue hémiplégique du côté gauche, dix jours avant sa mort. On constate qu'il existe une pseudo-membrane crétacé, qui s'est développée dans l'arachnoïde rachidienne, au niveau du renflement brachial sur le côté gauche. Cette plaque a près de 1 cent. 1/2 d'épaisseur sur 3 de hauteur.

(Professeur Vulpian, 1825.)

N° 108. — Moelle épinière, paraplégie ; tumeur sarcomateuse placée entre la dure-mère et la pie-mère rachidienne.

Cette moelle épinière provient d'un homme atteint de paraplégie incomplète, avec des douleurs dans les quatre membres.

On constate sur cette pièce l'existence d'une tumeur arrondie, du volume d'une petite noix, qui siégeait dans le canal vertébral au niveau de la partie supérieure de la région dorsale. Cette tumeur était située entre la dure-mère et la pie-mère, unie qu'elle était à ces membranes par des adhérences celluleuses. La moelle à ce niveau était diminuée de volume. La coupe de cette tumeur, montre qu'elle est formée par un tissu jaunâtre et d'une consistance ferme; il s'agit ici d'un sarcôme. Il existait en outre, une lésion assez avancée des organes urinaires, reins et vessie.

(M. Fournier, *Soc. de Biol.*, 1858, 2e série, t. V, p. 23.)

N° 109. — Portion inférieure de la moelle épinière, avec les nerfs de la queue de cheval; tumeur mélanique.

Sur ce tronçon de moelle épinière, au milieu environ du renflement inférieur, existe une tumeur mélanique du volume d'une petite noisette, qui occupe la plus grande partie de l'épaisseur de la moelle Cette pièce est malheureusement sans renseignements.

(Professeur Cruveilhier.)

N° 110. — Tronçon de cinq vertèbres dorsales; kyste hydatique développé primitivement en dehors du canal rachidien, qui a ensuite pénétré dans ce canal.

Cette pièce provient d'un homme de 39 ans. Deux ans environ avant sa mort, il avait commencé à éprouver des douleurs dans le côté gauche de la poitrine, qui se sont accentuées graduellement. Il éprouvait des douleurs en travers le corps, vers la huitième et la neuvième côte, qui semblaient siéger dans les branches des nerfs intercostaux. Plus tard, ces douleurs s'accentuèrent au point d'arracher des cris à ce malade ; puis survinrent des crampes, des élancements dans les jambes et le bras gauche.

On constate sur cette pièce, qu'il existe, vers la partie moyenne gauche du thorax, une tumeur du volume d'une très-grosse orange, qui est complétement adhérente en avant, au feuillet pariétal de la plèvre. Cette tumeur est accolée au corps des sixième, septième et huitième vertèbres dorsales, ainsi qu'aux septième et huitième côtes, dont la face antérieure est usée, érodée,

et dans lesquelles elle s'est creusée des cavités. Les lames gauches des vertèbres sont entièrement détruites, les apophyses épineuses ne sont plus adhérentes aux vertèbres que par les lames droites qui sont intactes.

Cette tumeur pénétrait en arrière dans le canal vertébral, au niveau des trous de conjugaison, par une ouverture de communication pratiquée aux dépens des os érodés. Cette ouverture laisse facilement pénétrer deux doigts ; elle occupe un espace de 6 centimètres, et la tumeur refoulait le cordon médullaire à droite. L'enveloppe du kyste est manifestement moins épaisse, dans le canal rachidien que dans la partie intra-thoracique. Après l'incision de la membrane externe, on trouva à l'intérieur un kyste à une seule loge, contenant un liquide opalin, un peu trouble, tenant en suspension des lambeaux membraneux d'acéphalocystes, et plusieurs vésicules globuleuses intactes. Dans leur contenu, on a reconnu au microscope, des crochets et des fragments d'échinocoques.

La moelle et les enveloppes étaient comprimées par le kyste, au niveau des septième et huitième vertèbres dorsales. La dure-mère, à ce niveau, était épaissie ainsi que les autres membranes; la moelle était diffluente.

(M. Bellencontre, Thèse Paris, 1876, p. 9.)

N° 111. — Moelle épinière; atrophie des racines antérieures de la moelle.

Sur cette moelle épinière, qui est malheureusement sans renseignements, on constate une atrophie notable des racines antérieures de la moelle épinière. Cette pièce a été recueillie sur un homme qui était atteint d'atrophie et de paralysie progressive du système musculaire.

(Professeur Cruveilhier, 1853.)

N° 112. — Moelle épinière; atrophie très-considérable des racines antérieures de la moelle.

On constate sur cette pièce, une atrophie très-considérable des racines antérieures de la moelle. Cette pièce a été recueillie sur une femme qui était atteinte d'atrophie et de paralysie progressive du système musculaire.

(Professeur Cruveilhier, 1853, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. XVIII, p. 494.)

N° 113. — Moelle épinière, avec le cervelet; atrophie très-considérable des racines antérieures de la moelle.

On constate sur cette moelle épinière une atrophie très-considérable des racines antérieures de la moelle. Cette pièce a été recueillie sur une femme qui était atteinte d'atrophie et de paralysie musculaire progressive.

(M. Aram.)

N° 114. — Portion inférieure de la moelle épinière, avec les nerfs de la queue de cheval; névrômes multiples.

Cette pièce provient d'un homme de 26 ans qui était affecté de névrômes généralisés. Même individu que les pièces n^{os} 132, 134, 135, 136, 140, 141, 142 et 143.

Sur cette pièce on constate que les nerfs de la queue de cheval, comme dans les deux faits rapportés par Schiffner et Bischoff, présentent une multitude de petits névrômes disposés en chapelet; sur un seul de ces cordons j'ai pu en compter jusqu'à 20; les plus gros égalent une lentille. Ces névrômes sont d'autant plus nombreux et plus volumineux que l'on se rapproche des derniers nerfs de la queue de cheval.

(M. Houel, *Mém. Soc. de Chir.*, t. III, p. 249.)

CHAPITRE VI.

Lésions des méninges.

Il existe dans le Musée 12 pièces qui sont relatives aux lésions des méninges, du n° 115 au n° 128 inclusivement. Quelques-unes de ces pièces présentent un certain intérêt au point de vue du siége et de la nature de ces lésions.

N° 115. — Voûte du crâne avec la partie supérieure des hémisphères cérébraux; fongus de la dure-mère.

Sur cette pièce qui est sans renseignements, on constate l'existence de nombreux et volumineux fongus de la dure-mère, qui ont perforé les os du crâne et font saillie à la surface. Les os du crâne sont très-minces dans toute leur étendue.
(Professeur Dupuytren, 1835.)

N° 116. — Tumeur fongueuse de la dure-mère, avec atrophie de l'œil gauche.

Cette pièce provient d'une jeune fille de 13 ans, qui présentait, outre le fongus, un cancer volumineux de la partie supérieure de l'humérus gauche. Ces deux tumeurs avaient une marche rapide, le début apparent a commencé par le bras en mars 1852, et la mort a eu lieu en septembre 1853.

Sur cette pièce, on constate dans la région temporale gauche à la face externe de la dure-mère, une tumeur en forme de champignon. La tumeur a environ 9 centimètres de diamètre sur une épaisseur de 3 centimètres, d'où résultait une compression

manifeste du cerveau au niveau de ce point. La face externe de ce fongus repose sur l'écaille du temporal, qui est usée, amincie par la destruction de sa table interne; la suture temporo-pariétale est disjointe. Au niveau de l'angle antérieur de ce dernier os, il existe même une perforation osseuse peu considérable, qui met en communication la tumeur intra-crânienne avec une autre tumeur située dans la fosse temporale externe, sous le muscle de ce nom. Cette dernière masse est en grande partie constituée par des foyers hemorrhagiques.

L'œil qui, par suite de la disposition de la tumeur intra-crânienne, avait été chassé de l'orbite et s'était vidé, est ratatiné sur lui-même et remplacé par une petite masse du volume d'un gros pois. On peut par dissection y distinguer très-nettement la sclérotique et la choroïde; le nerf optique n'est point notablement atrophié. La tumeur intra-crânienne est constituée par un sarcome fibro-plastique.

(M. Guersant, *Soc. de Chir.*, 1854, t. V., p. 123.)

N° 117. — Dure-mère; fausses membranes développées à la face interne, dans la cavité arachnoïdienne.

Portion de dure-mère de la voûte crânienne d'un homme de 30 ans. On constate à sa face interne dans la cavité de l'arachnoïde, des fausses membranes qui se trouvent situées de chaque côté de la faux du cerveau. Ces fausses membranes sont plus étendues à droite qu'à gauche; elles sont denses, déchiquetées sur les bords, et assez épaisses dans certains points.

Cet homme était monomaniaque depuis deux ans; il avait été sujet à de fréquentes congestions cérébrales.

(M. Callé, *Soc. Anat.*, 1836, p. 139.)

N° 118. — Tumeur crétacée, avec des corpuscules osseux, développée dans les plexus choroïdes.

Cette pièce a été trouvée chez une femme de 45 ans, entrée à l'asile d'aliénés de Fains, le 10 décembre 1857. On constata à cette époque que la malade était imbécile, réduite aux idées les plus simples; elle ne distinguait point le bien du mal, et n'avait nulle conscience de sa position. Cette femme avait perdu toute spontanéité, était gâteuse par incurie, inapte au travail même le plus grossier.

Cette malade fut transportée à l'hospice de Pontoise; on y constata une hémiplégie complète du côté gauche avec contracture des doigts. Il existait un léger embarras de la parole et un peu de

déviation de la bouche à gauche. Puis survinrent des accès d'épilepsie peu fréquents, qui laissaient beaucoup de torpeur.

Rien de particulier dans les substances blanche et grise du cerveau, sinon un peu plus de piqueté que d'ordinaire. En ouvrant le ventricule latéral droit du cerveau, on trouva une concrétion osseuse ou ossiforme, volumineuse (25 gr.), qui augmentait de plus du double la cavité du ventricule; elle se prolongeait par un pédicule dans l'épaisseur de la substance cérébrale et était recouverte par la membrane des ventricules. Chevauchant sur le plexus choroïde qui s'enfonce dans son épaisseur, elle venait comprimer à gauche, sans y adhérer, la couche optique et le ventricule médian; cette concrétion s'enfonçait en arrière de 2 centimètres dans la substance cérébrale postérieure; elle n'adhérait pas à droite au cerveau, mais le comprimait et laissait voir des noyaux d'induration dans la portion correspondante à la concrétion; elle était libre en-dessous et supérieurement. Il y avait très-peu de sérosité dans le ventricule. Ainsi, ce corps étranger tenait d'un côté par un pédicule au corps strié dans lequel il s'enfonçait et de l'autre au cerveau; il était libre dans le reste de son étendue, sauf quelques légères adhérences. Cette concrétion figure assez bien une astragale.

L'examen microscopique fait par M. Luys, a démontré que cette tumeur présente tous les éléments qui caractérisent le tissu osseux, c'est-à-dire :

1° Une grande proportion de cavités étoilées, anastomosées entre elles par un multitude de radiations multiples;

2° Une substance fondamentale intermédiaire, au sein de laquelle ces cavités sont creusées, et probablement constituée par les mêmes éléments chimiques que l'on trouve dans les os;

3° Une assez forte proportion de capillaires anastomosés irrégulièrement, dont les parois sont formées de couches concentriques, creusées de séries de cavités osseuses aussi disposées concentriquement, lesquelles apparaissent çà et là, de champ, représentant complétement l'aspect des canalicules osseux;

4° La pièce étant desséchée depuis longtemps, on n'a pu constater d'une manière suffisamment nette l'existence des cellules de Virchow, dans l'intérieur des cavités osseuses.

(M. Bonnet, *Soc. Anat.*, 2me série, t. VI, p. 505.)

N° 119. — Plaque crétacée développée entre les os du crâne et la dure-mère, à la face interne du pariétal droit.

Plaque crétacée de forme oblongue, qui a été trouvée entre les os du crâne et la dure-mère, sur la face interne du pariétal droit, d'un homme qui est mort hémiplégique. Cette plaque, qui est rugueuse

inégale, a dans sa partie moyenne près de 2 centimètres d'épaisseur; elle est longue de 17 centimètres et large de 8.

(Professeur Blandin, 1823.)

N° 120. — Portion de base du crâne; tumeur épithéliale de l'arachnoïde, développée au niveau de la selle turcique.

Cette pièce a été recueillie sur une femme de 88 ans, qui était atteinte depuis cinq ans d'une paraplégie et d'une oscillation toute particulière de la langue.

On constate sur cette pièce l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, mollasse, fongoïde; elle se trouve placée comme à cheval sur la limite des fosses cérébrales antérieure et moyenne, du côté gauche. Cette tumeur est reçue dans une sorte de loge profonde, formée par une dépression du lobe frontal, dont le tissu aplati et condensé, réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier, était devenu translucide.

M. Robin, qui a examiné cette tumeur au microscope, a reconnu qu'elle était formée de globes épidermiques avec quelques corpuscules allongés; il s'agit donc ici d'un épithéliome des séreuses.

(M. Luys, *Soc. Anat.* 1855, t. XXX, p. 92.)

N° 121. — Portion de dure-mère cérébrale; tumeur fibro-calcaire de la dure-mère.

Cette pièce a été recueillie sur une femme de 55 ans. On constate sur la dure-mère, à sa face interne, une petite tumeur qui était située à la partie droite de l'encéphale, à 3 centimètres environ de la ligne médiane, et 3 cent. 1/2 de la ligne périphérique de la tente du cervelet.

Cette tumeur, arrondie, est du volume d'une petite noisette; elle déprimait les circonvolutions cérébrales et était recouverte par l'arachnoïde et la pie-mère. Examinée par M. Robin, on a constaté qu'elle était formée de faisceaux fibreux, entremêlés d'une autre substance que l'on retrouve dans les corps de Pacchioni hypertrophiés. Ce tissu se présente sous l'aspect de fibres bien plus grosses que le tissu fibreux ordinaire; il existe une partie centrale amorphe cassante, de nature calcaire, entourée d'une enveloppe conservant les caractères du tissu fibreux. Ce tissu n'est autre que le tissu fibreux qui a subi la dégénérescence calcaire. Le dépôt commence par la partie centrale des faisceaux, les écarte, et s'accompagne d'autres dépôts amorphes ou granulés dans l'intervalle de ces mêmes faisceaux.

(M. Bonnejoy, *Soc. de Biol.* 1860, 3me série, t. II, p. 79.)

N° 122. — Portion de dure-mère cérébrale; fausses membranes crétacées.

Cette portion de dure-mère qui appartient à la voûte du crâne, est tapissée à la presque totalité de sa face interne par de fausses membranes qui présentent de nombreuses plaques calcaires. Ces plaques, dans certains points, ont jusqu'à près d'un centimètre d'épaisseur; elles sont lisses, comme éburnées aréolaires dans leur intérieur. Il n'a point été trouvé de corpuscules osseux dans les diverses préparations qui ont été faites.

N° 123. — Voûte du crâne; abcès situé entre les os du crâne et la dure-mère.

Cette voûte du crâne a été recueillie sur une femme de 74 ans, qui est morte avec de la démence sénile, sans avoir jamais présenté d'hémiplégie.

On constate à la face interne de la voûte du crâne, des érosions profondes de la table interne, et il existait à ce niveau entre les os érodés et la dure-mère, une vaste collection purulente, assez considérable pour déterminer une compression notable du cerveau. Il existait dans le cerveau, dans un point diamétralement opposé à cette collection purulente, un foyer rougeâtre qui était situé dans la pulpe cérébrale, qui était peut-être produit par une contusion ou un foyer hémorrhagique.

Aucun traumatisme certain n'a pu être invoqué pour expliquer cette lésion.

(Professeur Vulpian. *Soc. Anat.* 2me série, t. XIV, p. 456.)

N° 124. — Portion latérale gauche de la base du crâne; tumeur cancéreuse de la dure-mère.

Sur cette portion antérieure et gauche de la base du crâne, on constate l'existence d'une tumeur du volume d'un petit œuf de pigeon qui adhère à la dure-mère. Cette tumeur est située à la base du crâne, au niveau du sommet du bord tranchant des petites ailes du sphénoïde. Elle est assez dense, et elle a été regardée comme étant de nature cancéreuse. Malheureusement cette pièce est sans renseignements.

N° 125. — Portion supérieure de l'occipital; tumeurs de la dure-mère.

Sur cette pièce qui est sans renseignements, on constate à la face externe de la dure-mère, dans la portion qui répond à l'écaille de l'occipital, deux petites tumeurs inégales en volume. Elles adhèrent toutes deux très-intimement à la face externe de la dure-mère. La plus volumineuse qui égale une petite noisette, paraît formée par l'agglomération de deux petites masses qui auraient été primitivement isolées. Cette tumeur s'est creusée dans l'occipital une large dépression, dont le fond, dans certaines parties, est sur le point de se perforer. C'est cette disposition qui a fait penser à M. Velpeau, qu'il s'agit ici de petites tumeurs cancéreuses à leur début. Il serait difficile aujourd'hui de préciser exactement la nature de ces productions morbides.

(Professeur Velpeau.)

N° 126. — Portion de dure-mère de la voûte du crâne; cancer.

Cette pièce est constituée par une portion de dure-mère de la voûte du crâne. Il existe sur un des côtés de la faux du cerveau, une large plaque de la dure-mère, environ 10 centimètres de diamètre, qui devait très-probablement servir d'insertion à un fongus qui avait perforé les os du crâne. La pièce est sans renseignements.

N° 127. — Tronçon de moelle épinière; fausse membrane crétacée de l'arachnoïde rachidienne.

Sur cette pièce, on observe une pseudo-membrane crétacée de l'arachnoïde rachidienne. La plaque crétacée a environ 3 centimètres de hauteur sur 2 de large, sa concavité est moulée sur la partie latérale de la moelle épinière. Le point de son siége d'insertion n'a point été indiqué, ainsi que les symptômes.

(M. Durand-Fardel, 1838.)

CHAPITRE VII

Lésions des nerfs.

Quinze pièces sont relatives aux lésions de nerfs, du n° 128 au n° 141 inclusivement. La plupart sont relatives à des névrômes, et neuf appartiennent au même individu, n^os^ 132, 133, 134, 135, 136, 140, 141, 142 et 143. Une de ces pièces, très-remarquable par la nature de la lésion n° 129, est un exemple d'exostose du rocher qui traverse le ganglion de Gasser, et a donné lieu à une névralgie des plus intenses et rebelle.

N° 128. — Portion de cerveau avec les deux yeux; atrophie du nerf optique.

Cette pièce est malheureusement sans renseignement. On constate qu'il existe une atrophie assez notable du nerf optique gauche; l'œil lui-même a été profondément altéré.

N° 129. — Exostose qui traverse le ganglion de Gasser.

Cette pièce provient d'un homme de 70 ans, ancien gendarme; sept ans environ avant sa mort, il fut pris tout à coup de douleurs très-violentes dans le côté droit de la face, il les attribua à de mauvaises dents, et il se fit extraire deux molaires, sans que pour cela les douleurs cessent. Cinq ans plus tard, il entra à l'hôpital des Cliniques pour ses douleurs qui étaient devenues encore plus violentes; on lui arracha les deux canines du côté droit, quelques chicots et quelques dents voisines qui restaient. A la suite

de ces opérations, il éprouva pendant deux ou trois mois une amélioration avec cessation presque complète des douleurs.

Un an environ après, il est pris d'une attaque, il tomba sans connaissance; après cette attaque les douleurs devinrent beaucoup plus vives, cet homme pouvait à peine dormir. Ces douleurs siégeaient surtout dans le sillon naso-labial, au niveau des bords alvéolaires gauches, avec des irradiations dans la voûte palatine. Il existait des points douloureux à la pression, en avant de l'antitragus, derrière l'articulation temporo-maxillaire, au niveau du trou sous-orbitaire et sus-orbitaire, du trou mentonnier. Le plus léger attouchement sur ces régions, déterminait immédiatement de vives douleurs. Tantôt il n'avait qu'un accès douloureux, tantôt, au contraire, plusieurs accès se succédaient avec une grande rapidité.

En examinant la face interne de la base du crâne, on a constaté que le côté droit de la selle turcique était plus épais qu'à l'état normal. Du côté du trou optique droit, l'on remarque que la circonférence supérieure est un peu rétrécie par un rebord osseux plus saillant qu'à l'état normal; cependant l'orifice est encore assez large pour que le nerf optique ni l'artère ophthalmique ne soient comprimés.

Du côté droit (où du reste le nerf présente le même volume et le même aspect à l'œil nu que du côté opposé), l'on aperçoit immédiatement en avant du bord supérieur du rocher une petite tumeur du volume d'une lentille.

Cette tumeur est jaunâtre, parfaitement lisse, un peu conique, aplatie de gauche à droite; elle se termine à la partie supérieure par une pointe un peu mousse.

Cette tumeur est située immédiatement en avant du bord supérieur du rocher; elle correspond au point où les fibres nerveuses de la grosse racine du trijumeau commencent à s'écarter en éventail pour se rendre au ganglion; elle adhère à cette portion de l'os qui forme la paroi supérieure du canal carotidien : elle est située à 9 millimètres en arrière du complet épaississement des fibres.

Volume.	Dimension antéro-postérieure.	10	millimètres.
	transversale.	3	—
	de bas en haut.	5	—

Situation par rapport aux filets nerveux.

La tumeur n'est pas placée exactement au milieu du nerf : la portion du nerf qui se trouve à gauche est bien moins considérable que celle à droite.

Largeur de la portion de	gauche.	5	millimètres.
	droite.	12	—

Ces dimensions sont prises au milieu de la tumeur.

La structure de cette tumeur est celle du tissu osseux compacte.

(Professeur Vulpian, *Soc. anat.* (1870), p. 344).

N° 130. — Langue; atrophie du nerf grand hypoglosse.

Cette pièce provient du même individu que celle n° 112. Le nerf grand hypoglosse, de chaque côté, est notablement atrophié.

Les muscles de la langue sont également atrophiés et ont subi la dégénérescence graisseuse.

(Professeur Cruveilhier).

N° 131. — Hypertrophie des nerfs.

Dans ce bocal, on a réuni un grand nombre de tronçons nerveux séparés qui, pour la plupart, doivent appartenir au grand sympathique; ils sont très-notablement hypertrophiés.

(M. Serres, 1836.)

N° 132. — Moitié latérale gauche de la base du crâne et de la face; névrômes du nerf moteur oculaire commun et de la septième paire de nerfs.

Sur cette pièce, qui appartient au même individu que celle n^os^ 114, 132, 134, 135, 136, 140, 141, 142 et 143, on constate que le nerf moteur oculaire commun présente plusieurs petites tumeurs ou névrômes. Le ganglion ophthalmique, à la formation duquel, comme on le sait, ce nerf concourt puissamment, est très-volumineux et les filets ciliaires sont le siége de plusieurs renflements. Il en est de même de la quatrième paire.

Le ganglion de Gasser est très-volumineux, ainsi que les trois branches qui en naissent. La branche ophthalmique de Willis, dans son rameau nasal et frontal, présente de nombreux névrômes. Le maxillaire supérieur, dans sa branche sous-orbitaire, a une disposition analogue; il en existe également sur le trajet du nerf lingual jusque dans ses branches terminales.

Sur la septième paire; dans son trajet à travers l'oreille, je n'ai rien rencontré, tant sur le nerf acoustique que sur le nerf facial; mais, au moment où ce dernier traverse la parotide, il devient le siége de nombreux névrômes.

(M. Houel, Mém., *Soc. de chir.* (1852), t. III, p. 263).

N° 133. — Moitié latérale droite de la tête, avec la colonne vertébrale cervico-dorsale, le larynx, la trachée et l'aorte ; névrômes du pneumo-gastrique, du plexus cervical, du grand sympathique et des nerfs dorsaux.

Sur cette pièce, qui appartient au même individu que celles n^os^ 114, 132, 134, 135, 136, 140, 141, 142 et 143, on constate que le pneumo-gastrique de chaque côté est le siége de nombreux renflements ou névrômes, tant dans sa portion cervicale que dans la thoracique, ainsi que dans le plexus qu'il constitue. Ces névrômes sont également nombreux dans les deux nerfs laryngés, mais principalement sur l'inférieur. Arrivé à l'estomac, le pneumo-gastrique prend son aspect moniliforme.

Le plexus cervical est le siége de nombreux névrômes dans les branches musculaires et cutanées. Le nerf phrénique présente aussi des renflements, principalement à gauche.

Tous les nerfs dorsaux sont hypertrophiés et le siége de nombreux névrômes volumineux. Le plus remarquable pour le volume est le huitième nerf intercostal gauche.

(M. Houel, *Mém. Soc. de chir.*, 1852, t. III, p. 264.)

N° 134. — Névrômes de la portion mésentérique du grand sympathique.

Sur cette pièce, qui appartient au même individu que celles n^os^ 114, 132, 133, 135, 136, 140, 141, 142 et 143, on constate que le plexus mésentérique ne présente que de rares névrômes, et encore sont-ils très-petits; le plus volumineux égale à peine une petite noisette.

(M. Houel, *Mém. Soc. de chir.*, 1852, t. III, p. 264.)

N° 135. — Membre supérieur droit ; névrômes multiples.

Sur cette pièce, qui appartient au même individu que celles n^os^ 114, 132, 133, 134, 136, 140, 141, 142 et 143, on constate que le plexus axillaire est le siége de plusieurs névrômes, dont deux particulièrement ont acquis un volume assez notable. Le plus volumineux, qui égale environ un œuf de poule, est situé sur la branche externe d'origine du nerf médian. Ce névrôme a verticalement 7 centimètres sur 12 de circonférence. La seconde tumeur ovoïde, du volume d'un œuf de pigeon, est située sur le nerf radial, à la partie inférieure du creux axillaire. Tous ces nerfs sont notablement hypertrophiés.

Chacune des branches terminales du plexus est elle-même le siége de nombreux névrômes. Le nerf circonflexe présente un grand nombre de ces tumeurs: il en existe même jusque sur les dernières ramifications. Le musculo-cutané, dans sa partie musculaire, ne contient que de très-petits renflements; mais sa branche cutanée, un peu au-dessous du pli du coude, en offre un qui égale le volume d'un petit œuf d'oiseau. Le nerf cutané interne, dans toute sa portion brachiale, est noueux; mais c'est surtout au-dessous du coude que son aspect ganglionnaire est évident; il présente même à ce niveau un aspect variqueux.

Le nerf médian présente un premier renflement en avant du coude. A l'avant-bras, on en rencontre un au niveau de la partie moyenne. Les nerfs cubital et radial, au bras et à l'avant-bras, sont volumineux, mais ne présentent point de renflements sensibles.

(M. Houel. *Mém. Soc. de chir.*, 1852, t. III, p. 264.)

N° 136. — Membre supérieur gauche; névrômes multiples.

Sur cette pièce, qui appartient au même individu que celles n^os^ 114, 132, 133, 134, 135, 140, 141, 142 et 143, on constate que tous les nerfs sont le siége d'une hypertrophie considérable. Sur le plexus axillaire, on trouve un grand nombre de névrômes; le plus volumineux, qui est situé sur la cinquième paire cervicale, a environ le volume d'un œuf de pigeon. La septième paire présente un névrôme très-remarquable par sa position; la tumeur, qui est ovoïde, du volume d'une noisette, est située complétement en dehors de l'atmosphère cellulaire du nerf; elle ne lui est adhérente que par un tissu cellulaire très-lâche, au sein duquel on ne peut reconnaître la présence d'aucun filament nerveux.

Toutes les branches terminales du plexus axillaire sont le siége de névrômes de volume variable. Le plus considérable, qui répond au bord postérieur du creux de l'aisselle, est situé sur le nerf circonflexe; il a une hauteur de 6 centimètres et une circonférence de 8. Ce nerf, dans son trajet, est le siége de plusieurs autres renflements secondaires. Le nerf cutané interne est le siége de petits névrômes qui simulent des nodosités.

Le nerf musculo-cutané, à l'inverse du bras droit, dans sa portion musculaire, présente plusieurs petites tumeurs. On en rencontre également de nombreuses dans sa partie cutanée. Le nerf médian, dans sa portion brachiale et anti-brachiale, est aussi le siége de nombreux renflements fusiformes, mais dont le volume n'est pas très-considérable. Le nerf cubital a son renflement principal à la partie supérieure du tiers moyen de l'avant-bras. Le nerf radial présente trois névrômes principaux; le premier est situé à la partie supérieure de

la gouttière que lui forme l'humérus; le second, un peu au-dessus de la sortie; le troisième, au niveau du tiers inférieur de l'avant-bras, sur la branche de bifurcation antérieure. Au niveau de la région palmaire, comme sur le bras droit, les nerfs sont hypertrophiés, mais ne présentent aucun névrôme apparent.

(M. Houel, *Mém. Soc. de chir.*, 1852, t. III, p. 265.)

N° 137. — Portion du nerf cubital; kyste séreux.

Cette pièce provient d'un homme de 40 ans environ. Le nerf cubital a acquis un volume considérable; il est d'aspect fusiforme et dans son intérieur, existait un kyste séreux. Cette pièce est malheureusement sans renseignements.

(M. Beauchêne, *Bull. de la Fac.*, 1810, p. 36.)

N° 138. — Sarcome volumineux à petites cellules du nerf musculo-cutané.

Cette pièce a été recueillie sur un homme de 24 ans. Le début paraissait dater d'environ deux ans. A cette époque, cet homme éprouva de vives douleurs qui apparaissaient surtout la nuit, dans toute la longueur du bras droit. Mais ce n'est environ que six mois avant l'opération, que l'on constata dans l'aisselle une tumeur du volume d'un petit pois; elle s'est accrue rapidement.

Cette tumeur était située dans la paroi externe du creux de l'aisselle droite, un peu au-dessus de l'insertion du grand pectoral à l'humérus, son grand diamètre était suivant l'axe du membre. Elle était de forme ovalaire, dure, résistante, à surface lisse, indolente à une pression modérée, mais si on l'exagérait, il se manifestait de vives douleurs qui s'irradiaient dans tout le bras jusqu'à la main, en suivant les branches du nerf radial.

Cette production morbide qui pesait 80 grammes, est allongée, ellipsoïde, et était entourée d'une zone de tissu conjonctif assez lâche. Elle est formée d'un réticulum d'éléments jeunes de tissu conjonctif, et surtout de cellules fusiformes qui s'entrecroisent en divers sens; le tissu propre de la tumeur, est exclusivement constitué par de petites cellules arrondies, munies d'un noyau. Leur volume est environ celui d'un leucocyte ordinaire, le noyau se colorait vivement par le carmin. En résumé, cette tumeur est un sarcome à petites cellules, dont l'évolution a été rapide. Quant aux rapports intimes de la tumeur avec le nerf, il n'a point été possible de les préciser.

(M. Demarquay, *Soc. de Chir.*, 1874, 3e série, t. III, p. 723.

N° 193. — Portion du nerf cubital ; névrôme formé par un fibro-sarcome volumineux.

Ce névrôme qui est volumineux, provient d'un homme de 61 ans. Cinq ans avant l'ablation de cette tumeur, ce malade en se levant s'était heurté le bras gauche, il ressentit une vive douleur au niveau de la partie frappée, avec retentissement dans les deux derniers doigts de la main. En le palpant avec soin, il trouva à la partie interne et moyenne du bras, une petite tumeur grosse comme un petit pois.

Depuis cette époque, la tumeur a augmenté lentement mais d'une manière continue ; même en l'absence de choc ce malade éprouvait des douleurs très-vives. C'était une série d'élancements rapides, ressentis depuis le poignet jusqu'à l'extrémité du petit doigt et de l'annulaire. L'intensité de la douleur était devenue excessive jour et nuit.

La tumeur siégeait au côté interne du bras, entre le biceps et le coraco-brachial : elle est fusiforme. Son extrémité supérieure était à 2 centimètres du bord antérieure de l'aisselle, et son extrémité inférieure à 10 centimètres au-dessus de l'épitrochlée, elle mesure dans sa longueur 11 centimètres, elle pesait 52 grammes.

A l'examen microscopique fait par MM. Vulpian et Hayem, par le raclage et la dilacération, on a constaté que la tumeur était formée par les éléments du tissu conjonctif fasciculé, et par place accolées à ces faisceaux, de petites cellules et des noyaux. Dans d'autres points, des cellules allongées fusiformes également disposées en faisceaux ; à la périphérie, on retrouve de nombreux éléments fibro-plastiques à petits noyaux ovalaires. L'examen du segment inférieur du nerf, montre que les fibres nerveuses sont entièrement saines.

Après durcissement dans l'alcool : 1° Coupes faites suivant la longueur ; à un faible grossissement ; tissu cloisonné d'une façon très-irrégulière par des tractus fibreux qui laissent entre eux de nombreux espaces comblés par de petits éléments cellulaires. On voit de plus çà et là quelques vaisseaux capillaires ; 2° Coupes transversales ; l'aspect est à peu près le même ; cependant dans certains points, les tractus fibreux prédominent d'une façon très-nette. A un plus fort grossissement (290 D.), on voit dans les espaces alvéolaires et même entre les trousseaux fibreux, des éléments cellulaires, ovoïdes, allongés, quelques-uns étoilés, qui possèdent un noyau et un nucléole avec quelques granulations graisseuses. Dans certains points les granulations jaunâtres paraissaient être des granulations pigmentaires. L'acide acétique éclaircit les préparations et rend les noyaux plus apparents.

On voit de plus, surtout à l'aide de ce réactif, qu'un certain nombre de cloisons d'apparence fibreuse, sont presque entièrement décomposables en corps fusiformes allongés, possédant un ou deux petits noyaux sur des coupes colorées par le picro-carminate d'ammoniaque. On voit, outre les détails précédents, que certaines parties de la tumeur sont composées de tissu fibreux, entre les trousseaux duquel existent très-distinctement des amas de cellules ou de noyaux embryoplastiques.

(M. Demarquay, Thèse de M. Foucault, 1872, p. 86.)

N° 140. — Moitié latérale droite du bassin, avec la cuisse; névrômes.

Sur cette pièce, qui appartient au même individu que celles n°s 114, 132, 133, 134, 135, 136, 141, 142 et 143, on constate que le plexus lombo-sacré, dans toutes les branches qui le constituent, est le siége de nombreux névrômes, qui lui donnent un aspect particulier: il est comme variqueux. Toutes les branches du plexus lombaire sont elles-mêmes le siége de nombreuses tumeurs. La branche cutanée externe un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, est le siége d'un renflement assez considérable. Le nerf crural contient également un renflement volumineux.

Le nerf sciatique dans sa portion fémorale, présente plusieurs tumeurs peu volumineuses; elles sont interposées entre les cordons fibreux, quelques-unes pourraient même être facilement énuclées.

(M. Houel, Mém. *Soc. de Chir.*, 1852, t. III. p. 266.)

N° 141. — Moitié latérale gauche du bassin, avec la cuisse; névrômes.

Sur cette pièce qui appartient au même individu que celles n°s 114, 132, 133, 134, 135, 136, 140, 142 et 143, on constate que le plexus lombo-sacré comme celui du côté droit, est le siége de névrômes nombreux, ils sont même plus considérables. Le nerf crural, dans son tronc présente des tumeurs moins volumineuses qu'à droite, mais chacune de ses divisions est le siége jusque dans l'épaisseur des muscles de nombreux névrômes.

Le nerf sciatique présente à sa partie inférieure un névrôme volumineux.

(M. Houel, *Soc. de Chir.*, 1852, t. III, p. 266.)

N° 142. — Jambe et pied droit; névrômes.

Sur cette pièce qui appartient au même individu que celles

nos 114, 132, 133, 134, 135, 136, 140, 141 et 143, on constate que le nerf tibial antérieur et postérieur, ainsi que les filaments qui en naissent, présentent de nombreux névrômes; mais on n'en trouve point au pied, aussi bien à la face dorsale qu'à la face plantaire.

(M. Houel, Mém. *Soc. de Chir.*, 1852, t. III, p. 266.)

N° 143. — Jambe et pied gauche; névrômes.

Sur cette pièce qui appartient au même individu que celles nos 114, 132, 133, 134, 135, 136, 140, 141 et 142, on constate que les nerfs de ce membre contiennent très-peu de névrômes, et encore ils sont peu volumineux.

(M. Houel, Mém. *Soc. de Chir.*, 1852, t. III, p. 266.)

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME TROISIÈME

Nos des pièces — Pages

CHAPITRE XV

DÉFORMATIONS DES EXTRÉMITÉS ARTICULAIRES, ARTHRITES SÈCHES, RHUMATISMES GOUTTEUX ET CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES 1

Art. 1er. — Déformation des extrémités articulaires des membres supérieurs, généralités 2

554. Arthrite sèche de l'articulation scapulo-humérale droite . . . 3
554 *a*. Humérus droit, arthrite de la tête 4
554 *b*. Omoplate et humérus gauche, déformations. 4
554 *c*. Portion supérieure de l'humérus gauche, arthrite sèche . . 4
554 *d*. Tête de l'humérus, arthrite sèche 5
554 *e*. Tête de l'humérus, érosion des cartilages 5
554 *f*. Id. id. id. 5
554 *g*. Corps étrangers fibreux de la bourse sous-deltoïdienne . . 6
555. Portion inférieure de l'humérus droit, déformation 6
555 *a*. Articulation du coude, arthrite sèche 6
555 *b*. Cubitus droit; végétations osseuses péri-articulaires. . . . 7
555 *c*. Articulation du coude, arthrite sèche 7
555 *d*. Id. id. id. 7
555 *e* Articulation du coude, corps étrangers articulaires. 8
555 *f*. Id. id. id. 8
555 *g*. Id. id. id. 8
555 *h*. Id. id. id. 9
555 *i*. Id. id. id. 9
555 *j*. Id. id. id. 9
555 *k*. Portion inférieure de l'humérus droit, dépôts tophacés . . 10
555 *l*. Articulation du coude, déformations articulaires. 10
556. Squelette de la main, déformation dans le rhumatisme noueux 11
556 *a*. Modèle en plâtre de la pièce précédente. 11
556 *b*. modèle en plâtre de la main d'un goutteux 11
556 *c*. Squelette de la main, maladie d'Heberden 12
556 *d*. Id. id. id. 12
556 *e*. Modèle en plâtre de la main; maladie d'Heberden. 12
556 *f*. Id. id. id. 12
556 *g*. Main et oreilles; tuméfactions de la goutte. 12

N°s des pièces — Pages

556 *h*. Modèle en plâtre de la main; rhumatisme noueux. 13
556 *i*. Id. id. id. 13
556 *j*. Id. id. id. 13
556 *k*. Modèle en plâtre de la main droite; paralysie agitante. . . 14
556 *l*. Métacarpien et phalanges d'un goutteux 14

Art. 2. — Déformations des extrémités articulaires des membres inférieurs; généralités. 14

557. Arthrite sèche coxo-fémorale 17
557 *a*. Id. id. 18
557 *b*. Id. id. 18
557 c. Id. id. 18
557 *d*. Id. id. 19
557 *e*. Id. id. 19
557 *f*. Id. id. 20
557 *g*. Id. id. 20
557 *h*. Portion supérieure du fémur gauche; arthrite sèche 21
557 *i*. Articulation coxo-fémorale; arthrite sèche 21
558. Id. id. 22
558 *a*. Id. id. 22
559. Id. id. 22
560. Id. id. 23
560 *a*. Id. id. 23
560 *b*. Id. id. 23
561. Id. id. 24
561 *a*. Id. id. 24
561 *b*. Id. id. 25
561 *c*. Id. id. 25
561 *d*. Id. id. 26
562. Id. id. 26
563. Id. id. 27
564. Id. id. 27
564 *a*. Articulation coxo-fémorale; corps étranger articulaire. . . 28
565. Portion supérieure du fémur; arthrite sèche 28
566. Id. id. 29
567. Id. id. 29
568. Id. id. 29
569. Id. id. 29
570. Id. id. 29
570 *a*. Id. id. 30
571. Id. id. 30
572. Id. id. 30
573. Id. id. 30
574. Id. id. 31
574 *a*. Portion supérieure du fémur; lésions osseuses de l'ataxie locomotrice 31
575. Portion supérieure du fémur; arthrite sèche 31
575 *a*. Portion supérieure du fémur; dépôts tophacés. 31
576. Hydropisie de la bourse pré-rotulienne. 31
576 *a*. Id. id. 32

Nos des pièces		Pages
576 *b*.	Kyste hématique de la bourse pré-rotulienne	32
576 *c*.	Id. id.	32
577.	Kyste séreux du creux poplité	32
578.	Articulation du genou; arthrite sèche	33
578 *a*.	Id. id.	33
578 *b*.	Articulation du genou; arthrite sèche	34
578 *c*.	Id. id.	34
578 *d*.	Id. id.	34
578 *e*.	Articulation du genou; lésions de l'ataxie locomotrice	35
578 *f*.	Articulation du genou; arthrite sèche	35
578 *g*.	Id. id.	36
578 *h*.	Id. id.	36
578 *i*.	Id. id.	37
578 *j*.	Id. id.	37
578 *k*.	Id. id.	38
578 *l*.	Id. id.	38
579.	Articulation du genou; corps étrangers articulaires	39
580.	Id. id.	40
580 *a*.	Id. id.	40
580 *b*.	Id. id.	40
581.	Portion inférieure du fémur gauche; *dépôts tophacés*	40
581 *a*	Id. id.	41
581 *b*.	Portion inférieure du fémur et rotule; rhumatisme goutteux	41
581 *c*.	Portion supérieure du tibia; dépôts tophacés	41
581 *d*.	Rotule; dépôts tophacés	41
582.	Portion inférieure du tibia gauche; arthrite sèche	42
582 *a*.	Articulation tibio-tarsienne; arthrite sèche	42
583.	Astragale; dépôts de cristaux d'urate de soude	42
583 *a*.	Articulation tibio-tarsienne; dépôts tophacés	43
583 *b*.	Calcanéum gauche; arthrite sèche	43
583 *c*.	Scaphoïde du pied droit; corps étranger cartilagineux	43
583 *d*.	Id. id. id.	43
583 *e*.	Premier métatarsien droit; goutte	44

CHAPITRE XVI

CARIES DES ARTICULATIONS; GÉNÉRALITÉS 45

Art. 1er. — Carie des articulations de la colonne vertébrale et de la mâchoire inférieure; généralités 46

584.	Carie de l'apophyse odontoïde	4
584 *a*.	Carie des deux premières vertèbres cervicales	46
584 *b*.	Arthrite déformante des vertèbres cervicales	47
584 *c*.	Modèle en plâtre; carie des premières vertèbres cervicales	47
584 *d*.	Moitié latérale droite du sacrum; sacro-coxalgie	47
585.	Carie tuberculeuse de l'articulation temporo-maxillaire	48

Nos des pièces — Pages

Art. 2.— Carie des articulations du membre supérieur; généralités 48

586. Carie de l'articulation scapulo-humérale 48
586 *a.* Id. id. id. 49
586 *b.* Id. id. id. 49
586 *c.* Id. id. id. 50
587. Carie de l'articulation du coude 50
588. Id. id. 50
589. Id. id. 51
590. Carie de l'extrémité inférieure de l'humérus 51
591. Id. id. 51
592. Id. id. 52
593. Id. id. 52
594. Id. id. 52
595. Id. id. 52
596. Portion supérieure du radius et du cubitus; carie 53
597. Portion supérieure du cubitus; carie 53
598. Id. id, ... 53
599. Carie de l'articulation du coude avec ankylose 53
599 *a.* Carie de l'articulation du coude. 54
600. Carie des os du carpe 54
600 *a.* Id. id. 55
600 *b.* Carie du second et du troisième métacarpien 55

Art. 3. — Carie des articulations des membres supérieurs; généralités. 55

601. Hypertrophie du peloton synovial du fond de la cavité cotyloïde. 56
602. Carie de la cavité cotyloïde. 57
602 *a.* Carie de l'articulation coxo-fémorale 57
602 *b.* Id. id. 57
602 *c.* Id. id. 58
603. Id. id. 58
604. Id. id. 59
604 *a.* Id. id. 59
604 *b.* Carie de l'articulation coxo-fémorale 59
604 *c.* Id. id. 60
604 *d.* Id. id. 60
604 *e.* Id. id. 61
604 *f.* Id. id. 61
604 *g.* Id. id. 62
604 *h.* Id. id. 62
605. Modèle en cire d'une arthrite du genou. 62
605 *a.* Id. id. 63
606. Lipome arborescent du genou 63
607. Infiltration tuberculeuse du condyle externe du fémur 63
608. Carie avec névrose de l'articulation du genou 63
609. Carie de l'articulation du genou. 64

Nos des pièces		Pages
610.	Carie tuberculeuse de l'extrémité inférieure du tibia. . . .	64
610 *a*.	Id. id. . . .	64
610 *b*.	Carie de l'extrémité inférieure du tibia	65
610 *c*.	Id. id.	65
610 *d*.	Id. id.	66
611.	Carie des os du tarse et du métatarse.	66
611 *a*.	Carie des os du tarse.	66
611 *b*.	id. id.	66
611 *c*.	id. id.	67
611 *d*.	Carie des os du tarse; extirpation de l'astragale.	67
612.	Carie du premier métatarsien.	67

CHAPITRE XVII.

ANKYLOSES; GÉNÉRALITÉS. 68

Art. 1er. — Articulations diverses ankylosées; généralités. 69

Ordre 1er. — Ankyloses des os du tronc. 70

1er Sous-Ordre. — Ankyloses intrinsèques de la tête et de la colonne vertébrale; généralités 70

613.	Ankylose de l'articulation occipito-altoïdienne	72
614.	Ankylose des six premières vertèbres cervicales.	72
614 *a*.	Ankylose de l'occipital avec l'atlas, et de l'atlas avec l'axis.	72
614 *b*.	Ankylose avec luxation latérale droite de l'atlas sur l'axis.	73
615	Ankylose de la seconde vertèbre cervicale avec la tunisienne. .	74
616.	Id. id. . .	74
617.	Id. id. . .	74
618.	Id. de la sixième vertèbre cervicale avec la septième. .	74
619.	Id. id. . .	75
620.	Ankylose des six dernières vertèbres cervicales et des deux premières dorsales.	75
621.	Ankylose des vertèbres cervicales	75
622.	Id. id.	76
623.	Ankylose des vertèbres dorsales	76
624.	Id. id.	76
625.	Id. id.	77
626.	Id. id.	77
627.	Id. id.	77
628.	Id. id.	77
629.	Id. id.	77
630.	Id. id.	78
631.	Id. id.	78
632.	Id. id.	78
633.	Id. id.	78
634.	Id. id.	79
635.	Ankylose de la dernière dorsale avec la première lombaire .	79
635 *a*.	Ankylose des vertèbres lombaires.	79
636.	Id. id.	80

Nos des pièces		Pages
637.	Ankylose des vertèbres lombaires.	80
638.	Id. id.	80
639.	Manque.	
640.	Ankylose des vertèbres lombaires.	81
641.	Manque.	
642.	Ankylose des vertèbres lombaires.	81
643.	Id. id.	81
644.	Ankylose de la deuxième dorsale avec la première lombaire.	81
	2e Sous-Ordre — Ankyloses intrinsèques de la colonne vertébrale, côtes et bassin; généralités.	82
645.	Ankylose des deux premières côtes avec le sternum.	83
646.	Ankylose des côtes avec le sternum.	83
647.	Id. id.	83
648.	Ankylose des deux premières côtes avec les vertèbres. . . .	84
649.	Ankylose des côtes avec les vertèbres.	84
650.	Id. id.	84
651	Id. id.	84
652.	Ankylose des vertèbres lombaires avec le sacrum.	85
652 *a*.	Ankylose de toutes les vertèbres et du sacrum.	85
652 *b*.	Portion de la colonne vertébrale de cheval ankylosée . . .	86
653.	Ankylose des os du bassin.	86
654.	Id. id.	86
654 *a*.	Id. id.	86
655.	Id. id.	86
	Ordre 2. — Ankyloses des membres.	87
	1er Sous-Ordre. — Ankyloses des membres supérieurs; généralités.	87
656.	Ankylose de l'articulation scapulo-humérale.	88
657.	Ankylose de l'articulation du coude.	88
658.	Id. id.	89
659.	Id. id.	89
660.	Id. id.	89
661.	Id. id.	90
662.	Id. id.	90
663.	Id. id.	90
664.	Id. id.	90
665.	Id. id.	91
665 *a*.	Id. id.	91
665 *b*.	Id. id.	91
665 *c*.	Id. id.	91
665 *d*.	Id. id.	92
665 *e*.	Id. id.	92
666.	Id. id.	93
667.	Id. id.	93
668.	Id. id.	93
669.	Id. id.	94
670.	Id. id.	94

Nos des pièces		Pages
671.	Ankylose de l'extrémité supérieure du radius avec le cubitus.	94
672.	Id. id id.	95
673.	Ankylose de l'articulation radio-carpienne et carpo-métacarpienne.	95
674.	Ankylose de l'articulation radio-carpienne	95
675.	Ankylose de l'articulation radio-carpienne, du carpe et du métacarpe.	95
675 *a*.	Ankylose du radius avec le scaphoïde	96
676.	Ankylose des os du carpe	96
677.	Id.	96
678.	Id.	96
679.	Ankylose des os du carpe et du métacarpe	97
680.	Id. id.	97
681.	Id. id.	97
682.	Ankylose des phalanges d'un doigt	97
	2e *Sous-Ordre. — Ankyloses des membres inférieurs; généralités.*	98
683.	Ankylose de l'articulation coxo-fémorale.	99
683 *a*.	Ankylose incomplète périphérique de l'articulation coxo-fémorale.	100
683 *b*.	Ankylose périphérique de l'articulation coxo-fémorale	100
684.	Ankylose par fusion de l'articulation coxo-fémorale	101
684 *a*.	Id. id.	101
684 *b*.	Id. id.	101
684 *c*	Ankylose de l'articulation coxo-fémorale	102
684 *d*.	Id. id.	102
685.	Id. id.	102
686.	Id. id.	103
687.	Id. id.	103
688.	Id. id.	104
689.	Id. id.	104
690	Id. id.	104
691.	Ankylose de l'articulation fémoro-tibiale	105
691 *a*.	Id. id.	105
691 *b*.	Id. id.	106
691 *c*.	Id. id.	106
691 *d*.	Id. id.	106
692.	Id. id.	107
693.	Id. id.	107
694.	Id. id.	108
695.	Ankylose de la rotule	108
696.	Ankylose de l'articulation fémoro-tibiale	108
697.	Ankylose fémoro-tibiale avec luxation latérale externe incomplète du tibia	109
697 *a*.	Ankylose de l'articulation fémoro-tibiale.	110
698.	Id. id.	110
698 *a*.	Id. id.	110
698 *b*.	Ankylose par amphiarthrose de l'articulation du genou.	111
699.	Ankylose de l'articulation tibio-péronière supérieure	111

Nos des pièces — Pages

700. Ankylose de l'articulation tibio-péronière supérieure. 111
701. Id. id. 112
702. Ankylose de l'articulation tibio-péronière inférieure, tibio-astragalienne et du calcaneum 112
703. Id. id. . 112
704. Ankylose de l'articulation tibio-péronière inférieure 112
705. Id. id. 112
706. Ankylose de l'articulation tibio-astragalienne 113
707. Ankylose de l'articulation tibio tarsienne 113
708. Ankylose de l'articulation tibio-astragalienne et des os du tarse. 114
709. Id. id. . 114
710. Ankylose du scaphoïde avec le calcaneum. 114
711. Ankylose du tarse et du métatarse 114
712. Ankylose des os de la seconde rangée du tarse avec le métatarse 115
713. Ankylose de tous les os du pied 115
714. Id. 115
714 *a*. Ankylose des os du tarse et du métatarse. 115

Art. 2. — Squelette dont un grand nombre d'os sont ankylosés ; généralités. 116

715. Squelette dont toutes les articulations sont ankylosées, à l'exception de l'articulation radio-cubitale, coxo-fémorale droite et sacro-vertébrale. 116
716. Squelette dont la plupart des articulations sont ankylosées. . 117
717. Squelette ; ankylose de la colonne vertébrale, des côtes et du bassin. 119
718. Squelette ; ankylose de la colonne vertébrale et des membres. 120
719. Portion de squelette ; ankyloses multiples 121

CHAPITRE XVIII.

LUXATIONS ; GÉNÉRALITÉS 123

Art. 1er. — Luxations de la colonne vertébrale; généralités. 123

720. Subluxation par rotation de l'atlas sur l'axis 124
720 *a*. Luxation bi-latérale complète en avant de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième. 124
720 *b*. Diastasis des sixième et septième vertèbres cervicales. . . 125
720 *c*. Luxation bi-latérale incomplète en avant de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième. 125
720 *d*. Luxation bi-latérale complète en avant de la sixième vertèbre cervicale sur la septième. 126
720 *e*. Luxation incomplète en arrière de la cinquième vertèbre dorsale sur la sixième sans fracture 126

Art. 2. — Luxations de la mâchoire inférieure; généralités. 128

721. Luxation bi-latérale de la mâchoire inférieure. 128
721 *a*. Id. id. 128
721 *b*. Id. id. 129

Nos des pièces — Pages

Art. 3. — Luxations du sternum ; généralités 129

Art. 4. — Luxations des membres inférieurs ; généralités. 130

Ordre 1er. — Luxations scapulo-humérales ; généralités . . . 130

722. Luxation sous-coracoïdienne 131
722 *a* Luxation sous-glénoïdienne consécutive à une paralysie musculaire 132
722 *b*. Id. id. . 132
722 *c*. Moule en plâtre d'une luxation sous-glénoïdienne 132
722 *d*. Luxation sous-glénoïdienne. 133
723. Luxation sous-coracoïdienne 133
723 *a*. Luxation sous-coracoïdienne réduite, état de l'articulation un mois après la réduction. 134
723 *b*. Luxation sous-coracoïdienne 135
724. Modèle en cire d'une luxation sous-coracoïdienne 135
725. Luxation intra-coracoïdienne ancienne. 136
726. Id. id. 136
726 *a*. Id. id. 137
726 *b*. Id. id. 137
727. Id. id. 137
727 *a*. Id. id. 138
727 *b*. Id. id. 138
728 Id. id. 138
729. Id. id. 138
729 *a*. Luxation sous-scapulaire avec fracture du col anatomique . 139
729 *b* Luxation intra-coracoïdienne 139
730. Id. id. 140
730 *a*. Id. id. 140
730 *b*. Luxation intra-coracoïdienne récente 140
731. Luxation sous-acromiale incomplète 141
731 *a*. Luxation sous-épineuse. 141
731 *b*. Rainure profonde creusée dans la tête de l'humérus. . . . 143
731 *c*. Fracture consolidée de la tête de l'humérus dans une luxation. 144
731 *d*. Déformation de la tête de l'humérus 144

Ordre 2. — Luxation de l'articulation du coude ; généralités . 144

732. Luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant . . . 145
733. Id. id. . . . 145
733 *a*. Id. id. . . . 146
733 *b*. Id. id. . . . 146
733 *c*. Luxation de l'extrémité supérieure des deux radius en avant. 146
733 *d*. Luxation de l'extrémité supérieure du radius en dehors . . 147
733 *e*. Luxation de l'extrémité supérieure du radius en arrière . . 147
734. Luxation incomplète des deux os de l'avant-bras en arrière et en dedans. 148
734 *a*. Luxation incomplète des deux os de l'avant-bras en arrière. 148
734 *b*. Id. id. . . 149
734 *c*. Id. id. . . 150

Nos des pièces — Pages

735 Luxation latérale externe incomplète des deux os de l'avant-bras 151
735 *a*. Luxation latérale interne incomplète des deux os de l'avant-bras 151
735 *b*. Id. id. 152
735 *c*. Id. id. 152
735 *d*, Modèle en plâtre d'une luxation latérale externe sus-condylienne des deux os de l'avant-bras. 152
735 *e*. Id. id. 153
736. Moule en plâtre d'une luxation des deux os de l'avant-bras en arrière. 153
736 *a*. Luxation récente des deux os de l'avant-bras en arrière. . 153
736 *b*. Luxation complète des deux os de l'avant-bras en arrière et en dehors. 154
736 *c*. Luxation du cubitus en arrière et du radius en avant. . . . 155
Ordre 2 — Luxations du poignet; généralites. 155
737. Luxation congénitale du carpe en avant. 156
737 *a*. Moule en plâtre d'une luxation des os du carpe en avant. . 157
737 *b*. Luxation des os du carpe on avant 157
737 *c*. Id. id. 158
737 *d*. Moule en plâtre d'une luxation des os du carpe en avant. . 158
737 *e*. Id. id. . . 158
737 *f*. Id. id. . . 159
737 *g*. Luxation des os du carpe en avant. 159
737 *h*. Id. id. 160
737 *i*. Moule en plâtre d'une luxation des os du carpe en avant. . 160
737 *j*. Id. id. id. . . 160
737 *k*. Id. id. id. . . 160
737 *l*. Moule en plâtre d'une luxation des os du carpe en arrière. 161
737 *m*. Id. id. id. . . 161
Ordre 4.—Luxations de la main; carpe et phalanges; généralités. 161
737 *n*. Luxation congénitale complète du cubitus et incomplète du radius sur les os du carpe en arrière. 161
737 *o*. Luxation congénitale complète du cubitus en arriere et incomplète du radius sur les os du carpe en arrière 162
737 *p*. Luxation en arrière du métacarpe sur le carpe 163
737 *q*. Luxation médio-carpienne en avant. 163
737 *r*. Moule en plâtre d'une luxation du grand os en arrière. . . 161
738. Moule en plâtre d'une luxation de la première phalange du pouce en avant sur le premier métacarpien. 16
738 *a*. Moule en plâtre d'une luxation de la deuxième phalange du pouce sur la première. 16
738 *b*. Moule en plâtre d'une luxation de la première phalange du pouce en arrière sur le premier métacarpien. 1
738 *c*. Modèle en cire d'une luxation de la première phalange du pouce en avant . . . . . .
738 *d*. Luxation de la première phalange d'un doigt en avant. . .
738 *e*. Luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant . . .

N°s des pièces		Pages
738 *f.*	Luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant	166
738 *g.*	Moule en plâtre d'une luxation métacarpo-phalangienne du pouce en avant	166
	Art. 4. — Luxations des membres inférieurs; généralités .	166
	Ordre 1er. — Luxations coxo-fémorales; généralités.	167
739.	Modèle en cire d'une luxation coxo-fémorale congénitale . . .	170
739 *a.*	Luxation coxo-fémorale congénitale.	170
739 *b.*	Id. id.	171
739 *c.*	Id. id.	171
740.	Double luxation coxo-fémorale congénitale	173
740 *a.*	Luxation coxo-fémorale congénitale.	174
740 *b.*	Id. id.	174
741.	Id. id.	174
741 *a.*	Id. id.	175
742.	Double luxation coxo-fémorale congénitale	175
743.	Id. id.	176
744	Luxation coxo-fémorale congénitale.	177
745.	Bassin; déformations consécutives à une double luxation . .	177
745 *a.*	Double luxation congénitale coxo-fémorale	178
745 *b.*	Double luxation coxo-fémorale congénitale en haut et en dehors	179
746.	Id. id.	179
746 *a.*	Id. id.	180
747.	Id. id.	180
748.	Luxation congénitale coxo-fémorale en haut et en dehors. . .	181
748 *a.*	Id. id. . . .	182
748 *b.*	Id. id. . . .	182
749.	Luxation coxo-fémorale en haut et en dehors	183
749 *a.*	Double luxation coxo-fémorale	183
749 *b.*	Luxation coxo-fémorale en haut et en dehors.	184
749 *c.*	Id. id.	184
750.	Id. id.	185
751.	Id. id.	185
751 *a.*	Id. id.	186
752.	Luxation coxo-fémérale en arrière.	186
752 *a.*	Id. id.	187
752 *b.*	Id. id.	187
753.	Id. id.	187
753 *a.*	Luxation coxo-fémorale directe en arrière	188
753 *b.*	Id. id. en arrière incomplète.	188
753 *c.*	Id. id. en arrière	188
753 *d.*	Id. id. en haut et en arrière.	189
753 *e.*	Id. id. dans l'échancrure ischiatique. . .	189
753 *f.*	Id. id. id. . . .	190
754.	Luxation ilio-pubienne	190
754 *a.*	Modèle en plâtre d'une luxation ilio-pubienne.	191
754 *b.*	Luxation ilio-pubienne avec ankylose	191
754 *c.*	Id. sus-cotyloïdienne	191

Nos des pièces — Pages

755. Luxation coxo-fémorale en bas et en arrière ischiatique. . . 193
755 *a.* id. id. 194
756. Os iliaque qui porte les traces d'une luxation ischiatique. . . 195
757. Luxation coxo-fémorale dans le trou ovalaire avec ankylose . 196
757 *a.* Luxation id. 196
757 *b.* Id. id. 197
758. Luxation coxo-fémorale en haut dans la fosse iliaque externe 197

Ordre 2. — Luxations du genou; généralités 198

759. Luxation incomplète de la rotule en dehors 198
759 *a.* Luxation latérale externe de la rotule. 198
759 *b.* Id. id. 199
759 *c.* Id. id. 199
759 *d.* Id. id. 199
759 *e.* Id. id. 200
760. Luxation incomplète du tibia en arrière. 200
760 *a.* Luxation incomplète du tibia en dehors et complète de la rotule 200
760 *b.* Luxation latérale externe incomplète du tibia 201
760 *c.* Id. id. 201

Ordre 3. — Luxations de l'articulation tibio-tarsienne et du pied; généralités 202

761. Luxation de l'extrémité inférieure du tibia en dedans 203
761 *a.* Modèle en cire d'une luxation latérale interne incomplète du pied en dedans 204
761 *b.* Luxation latérale externe incomplète des os de la jambe. . 204
761 *c.* Luxation incomplète du tibia en dedans et en avant 204
761 *d.* Luxation du tibia et du péroné en avant 205
761 *e.* Id. id. 205
762. Luxation sous-astragalienne incomplète en dehors et en avant 206
762 *a.* Luxation de l'astragale par rotation autour de son axe vertical 206
762 *b.* Id. id. 208
762 *c.* Luxation sous-astragalienne par renversement en dehors. . 208
762 *d.* Luxation complète de l'astragale en haut et en dehors. . . 208
762 *e.* Moule en plâtre d'une luxation de l'astragale en haut. . . . 209
762 *f.* Dessin de la pièce précédente. 209
762 *g.* Luxation sous-astragalienne avec fractures 209
762 *h.* Luxation de la tête de l'astragale en haut et en dehors. . . 210
762 *i.* Luxation de l'astragale en dedans et en avant avec fractures 210
763. Moule en plâtre; issue de l'astragale à travers les téguments 212
763 *a.* Luxation du scaphoïde en haut sur les cunéiformes 212
764. Luxation de tous les os du tarse et du métatarse. 213
764 *a.* Moule en plâtre d'une luxation incomplète des quatre premiers métatarsiens. 213
764 *b.* Luxation incomplète de la première phalange du gros orteil en haut et en dehors. 214
765. Déviation du gros orteil 214

N°s des pièces — Pages

766. Moule en plâtre d'une déviation latérale externe du gros orteil 214
767. Id. id.
768. Moule en plâtre d'une déviation en dedans du gros orteil . . 214
769. Id. id. . . 214
770 Moule en plâtre d'une déviation latérale externe du gros orteil 215
771. Moule en plâtre d'une déviation latérale interne du petit orteil 215

Ordre 4. — *Luxations du bassin; généralités* 215

772. Luxation des deux symphyses de l'os iliaque sans fracture 215
773. Luxation traumatique du sacrum. 216

APPAREIL DU SYSTÈME MUSCULAIRE

LÉSIONS DES MUSCLES ET DES TENDONS; GÉNÉRALITÉS 217

1. Lésions consécutives au torticolis. 218
2. Cysticerques du muscle deltoïde 218
3. Arrachement de la dernière phalange du gros orteil 219
4. Id. en totalité du doigt indicateur. 220
5. Id. du pouce avec les tendons. 221
6. Id. du doigt indicateur 221
7. Id. du pouce. 221
8. Id. de la dernière phalange d'un doigt. 222
9. Id. d'un gros orteil et de son tendon extenseur. . . . 222
10. Id. de la main avec les tendons. 222
11. Id. de la main au niveau de l'articulation radio-carpienne. 224
12. Id. de l'avant-bras 224
13. Id. de l'avant-bras dans une tentative de réduction de luxation 224
14. Portion de muscle couturier, cicatrice fibreuse. 227
15. Section sous-cutanée du tendon d'Achille sur un chien 228
16. Id. id. 228
17. Id. id. 228
18. Id. id. 228
19. Section sous-cutanée du tendon d'Achille, pied-bot. 229
20. Id. id. 229
21. Fongosités des gaînes synovides de l'avant-bras 229
22. Synovite tendineuse chronique avec kystes du médius 231
23. Moule en plâtre d'un phelgmon des gaînes tendineuses simulant une synovite. 231
24. Affection des gaînes tendineuses des muscles extenseurs du pied droit. 232
25. Tumeur du tendon du muscle fléchisseur d'un doigt 233
26. Tumeur osseuse de la paroi antérieure de l'aisselle 233
27. Lipome intra-musculaire du couturier 233
28. Lipomes symétriques des deux muscles biceps du bras . . . 233
29. Moule en plâtre de la main; atrophie musculaire progressive. 234
30. Id. id. . 234

Nos des pièces — Pages

APPAREIL DU SYSTÈME NERVEUX

CHAPITRE PREMIER

ENCÉPHALOCÈLE ET SPINA-BIFIDA ; GÉNÉRALITÉS 239

1. Hernie du cervelet 240
2. Encéphalocèle situé à la partie antérieure du crâne 240
3. Modèle en cire d'une hernie de la partie postérieure du crâne. 241
4. Id. Id. . 241
5. Modèle en cire d'un encéphalocèle de la région occipitale . . . 242
6. Hernie du cervelet 242
7. Modèle en cire de la pièce précédente. 242
8. Encéphalocèle volumineux de la partie postérieure de la tête . 243
9. Large perforation de l'occipital, hernie du cervelet 245
10. Hernie du cervelet à travers le trou occipatal 246
11. Déviation congénitale du trou occipital 246
12. Hernie de la partie supérieure du cerveau 247
13. Hydro-rachis de la région cervico-dorsale 247
14. Spina-bifida de la région dorsale. 247
15. Id. de la région sacrée. 248
16. Id. Id. avec hypergénèse de la substance grise de la moelle 248
17. Spina-bifida de la région lombaire 249
18. Id. de la région sacrée 249
19. Id. de la région lombo-sacrée. 250
20. Id. de la région lombaire 250
21. Id. de la région lombo-sacrée. 250
22. Id. avec exostose cartilagineuse du canal rachidien . 251

CHAPITRE II.

HYDROCÉPHALIE ; GÉNÉRALITÉS 252

23. Hydrocéphalie venticulaire avec spina-bifida de la région dorsale 252
24. Squelette complet d'enfant ; hydrocéphalie 253
25. Portion de squelette d'enfant ; hydrocéphalie 254
26. Squelette d'enfant ; hydrocéphalie 255
27. Id. 255
28. Id. 256
29. Id. 256
30. Id. 257
31. Id. 257
32. Id. 257
33. Id. 258
34. Id. 258
35. Tête d'enfant atteinte d'hydromicro-céphalie. 258
36. Tête d'enfant hydrocéphale. 259

Nos des pièces		Pages
37.	Tête d'enfant hydrocéphale	260
38.	Id.	260
39.	Id	261
40.	Id.	261
41.	Tête d'hydrocéphale	262
42.	Id.	263
43.	Id.	264
44.	Id.	265
45.	Voûte du crâne d'un hydrocéphale	265
46.	Moitié latérale droite de la tête; hydrocéphalie	266
47.	Modèle en cire de la base du cerveau; hydrocéphalie chronique.	266
48.	Tête d'enfant à terme; hydrocéphalie ventriculaire	267
49.	Moitié latérale du cerveau; hydrocéphalie	267
50.	Tête d'enfant hydrocéphale	267

CHAPITRE III.

LÉSIONS DU CERVEAU; GÉNÉRALITÉS 269

51.	Abcès du cerveau; aphasie	270
52.	Voûte du crâne du cerveau précédent	272
53.	Abcès du lobe moyen du cerveau	272
54.	Voûte du crâne du cerveau précédent	273
54 *a*.	Abcès des lobes antérieurs du cerveau	273
55.	Cerveau; cicatrice d'un vaste foyer apoplectique	273
56.	Lésion de la troisième circonvolution frontale gauche; aphasie.	274
57.	Dure-mère cérébrale de la pièce précédente	275
58.	Voûte du crâne	275
59.	Vaste cicatrice de ramollissement du lobe postérieur du cerveau	275
60.	Cicatrice d'un foyer siégeant dans la deuxième circonvolution frontale gauche; aphasie	276
61.	Ramollissement du lobe occipital	277
62.	Ramollissement de la circonvolution occipitale supérieure	278
63.	Ramollissement de la substance grise du cerveau, située en arrière de l'insula	279
64.	Destruction d'une partie du lobe de l'occipital	279
65.	Ramollissement de la circonvolution qui limite le bord du sillon de Rolando	280
66.	Ramollissement de la troisième circonvolution temporale	280
67.	Lésion de la troisième circonvolution frontale	281
68.	Ramollissement de la deuxième et troisième circonvolution frontale; aphasie	281
69.	Ramollissement de la deuxième et troisième circonvolution frontale; aphasie	282
70.	Lésion de la circonvolution frontale transverse et des trois frontale; aphasie	283
71.	Lésion du lobe sphénoïdal et pariétal; pseudo-aphasie	284
72.	Lésion de la troisième circonvolution frontale gauche; aphasie.	285

Nos des pièces — Pages

73. Lésion de la deuxième et troisième circonvolution frontale gauche; aphasie. 285
74. Hémorrhagie cérébrale; destruction de la capsule interne et de l'avant-mur; hémiplégie droite passagère. 286
75. Hémorrhagie cérébrale; hémi-anesthésie temporaire 287
76. Hémorrhagie cérébrale; hémiplégie droite, contracture secondaire, hémi-anesthésie; aphasie due à une deuxième attaque. 288
77. Ramollissement cortical du lobe du pli courbe. 289
78. Gliome de la circonvolution frontale ascendante; monoplégie brachiale. 290
79. Moule en plâtre de la pièce précédente. 291
80. Psammôme volumineux de l'arachnoïde 291
81. Moule en plâtre d'une dépression considérable du cerveau par un caillot 292
82. Moule en plâtre du caillot. 292
83. Tumeurs probablement syphilitiques de la protubérance annulaire. 292
84. Cerveau; absence presque complète des lobes occipitaux . . 293
85. Kyste hydatique du cerveau. 294
86. Dépression du cerveau par un kyste. 294
87. Cancer du cerveau 295
88. Id. 296
89. Modèle en cire d'une tumeur du corps pituitaire 296
90. Modèle en cire d'un kyste du corps pituitaire. 297
91. Modèle en cire d'une tumeur du cerveau. 297
92. Dépression considérable de l'hémisphère droit du cerveau. . 297
93. Tumeur formée par la pétrification du cerveau. 297
94. Id. id. 298
95. Id. id. 298
96. Id. id. 298
97. Id. id. 298
98. Tumeur ostéoïde du cerveau 299

CHAPITRE IV

Lésion du cervelet; généralités. 300

99. Atrophie de toute la couche corticale du cervelet 300
100. Atrophie partielle du cervelet. 302
101. Id. id. 302
102. Modèle en cire d'une tumeur du cervelet 302
103. Id. id. 303
103 *a*. Sarcome fibro-plastique situé sur le bord antérieur du cervelet 303
104. Tubercules du cervelet et de la protubérance 303
105. Tubercule du cervelet 304

Nos des pièces — Pages

CHAPITRE V

LÉSION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; GÉNÉRALITÉS 305

106. Apoplexie de la moelle épinière 305
107. Plaque crétacée de l'arachnoïde rachidienne 305
108. Sarcome situé entre la dure-mère et la pie-mère rachidienne. 306
109. Tumeur mélanique de la moelle épinière 306
110. Kyste hydatique faisant saillie dans le canal rachidien 306
111. Atrophie des racines antérieures de la moelle épinière. . . . 307
112. Id. id. id. 307
113. Id. id. id. 308
114. Névrômes multiples des nerfs de la queue de cheval. 308

CHAPITRE VI

LÉSIONS DES MÉNINGES; GÉNÉRALITÉS 309

115. Fongus de la dure-mère 309
116. Id. avec atrophie de l'œil gauche. . . . 309
117. Fausses membranes de l'arachnoïde 310
118. Tumeur crétacée avec corpuscules osseux développés dans le plexus choroïde 310
119. Plaque crétacée développée à la face externe de la dure-mère 311
120. Tumeur épithéliale de l'arachnoïde 312
121. Tumeur fibro-calcaire de la dure-mère 312
122. Fausses membranes crétacées de la dure-mère. 313
123. Abcès situé à la face externe de la dure-mère. 313
124. Tumeur cancéreuse de la dure-mère. 313
125. Tumeur de la dure-mère. 314
126. Cancer de la dure-mère. 314
127. Fausses membranes crétacées de l'arachnoïde rachidienne . . 314

CHAPITRE VII

LÉSIONS DES NERFS; GÉNÉRALITÉS. 315

128. Atrophie du nerf optique 315
129. Exostose qui traverse le ganglion de Gasser 315
130. Atrophie du nerf grand hypoglosse 317
131. Hypertrophie des nerfs. 317
132 Névrômes du nerf moteur oculaire commun et du nerf facial 317
133. Névrômes du pneumogastrique, du plexus cervical et du grand sympathique 318
134. Névrômes des nerfs du plexus mésentérique. 318
135. Névrômes multiples du membre supérieur droit 318
136. Névrômes multiples du membre supérieur gauche 319

Nos des pièces		Pages
137.	Portion du nerf cubital ; kyste séreux.	320
138.	Sarcome volumineux à petites cellules du nerf musculo-cutané	320
139.	Névrôme volumineux du nerf cubital	321
140.	Névrômes du bassin et de la cuisse droite.	322
141.	Id. id. gauche.	322
142.	Névrômes de la jambe droite	322
143.	Id. gauche.	323

FIN DU TROISIÈME VOLUME.

Paris, imprimerie Paul Dupont, 41, rue Jean-Jacques Rousseau, 41.— 148.6.77

CATALOGUE DES PIÈCES

DU

MUSÉE DUPUYTREN

CATALOGUE DES PIÈCES

DU

MUSÉE DUPUYTREN

PUBLIÉ

Sous les auspices de la Faculté de Médecine de Paris

PAR

M. HOUEL

CONSERVATEUR DES COLLECTIONS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE
ET DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

TOME QUATRIÈME

BIBLIOTECA

PARIS

PAUL DUPONT
ÉDITEUR
41, rue Jean-Jacques-Rousseau.

G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Boulevard Saint-Germain en face l'École de Médecine

1879

Tous droits réservés.

LÉSIONS

DE

L'APPAREIL DE LA CIRCULATION

Les pièces relatives aux lésions de l'appareil de la circulation sont au nombre de 397 dans le Musée. Un certain nombre de ces pièces, surtout pour les affections du cœur, portent les noms de Corvisart, Lœnnec et Bouillaud, ce qui n'étonnera personne si l'on réfléchit aux travaux remarquables de ces éminents professeurs.

Ces pièces comprendront quatre chapitres principaux, à savoir :

1° Les lésions du cœur;

2° Les lésions des artères ;

3° Les lésions des veines ;

4° Les lésions des vaisseaux lymphatiques.

Chacun de ces chapitres est divisé en un certain nombre d'articles distincts qui sont nécessaires à la classification du Musée. Ces articles serviront à faciliter les recherches et ils m'ont permis de faire avec plus de méthode le classement des nombreuses pièces de ce grand appareil qui, avec les altérations du système osseux, est peut-être un des plus complets du Musée Dupuytren.

CHAPITRE PREMIER

Lésions du cœur.

Je diviserai les lésions du cœur en deux articles, à savoir :
1° Les lésions de l'enveloppe du cœur ou péricarde ;
2° Lésions du cœur même.

Article premier.

LÉSIONS DU PÉRICARDE

Les lésions du péricarde peuvent se résumer en deux ordres de faits :

1° L'absence de la membrane séreuse ;
2° L'inflammation de cette membrane ou la péricardite.

L'absence de la membrane séreuse, quand on l'observe, est toujours congénitale. C'est un fait anatomique excessivement rare, la science n'en contient que très-peu d'exemples ; le Musée Dupuytren en renferme deux des plus remarquables : nos 1, 2, 2 *a* et 2 *b*. Le n° 1 est une pièce naturelle ; les nos 2 et 2 *a* sont la représentation en cire et le dessin de cette pièce. La pièce n° 2 *b*, préparée par dessiccation, présente une absence incomplète du péricarde qui peut être rapportée à un arrêt de développement. Les pièces d'inflammation du péricarde sont au nombre de 20, du n° 3 au n° 19 inclusivement.

Dans les cas de péricardite aiguë, il se produit des fausses membranes qui, suivant les circonstances, comme cela s'observe sur les pièces du Musée, peuvent prendre divers aspects. Cela résulte plus spécialement des mouvements continuels du cœur, de la qualité et de la quantité du liquide épanché.

Ces fausses membranes viscérales et pariétales ont quelquefois un aspect villeux, c'est le *cor hirsutum* des anciens, nos 3, 4, 5, 6, 7. D'autres fois la fausse membrane peut acquérir une épaisseur considérable, nos 9 et 10; sur cette dernière pièce le feuillet viscéral a près d'un 1/2 centimètre d'épaisseur; le cœur, peu volumineux, est normal. Je me demande si, dans ce cas, ces fausses membranes puissantes ne pourraient point exercer sur le cœur une action identique à celle que l'on observe sur le poumon; si, en un mot, elles ne pourraient point le comprimer. Il est certain que cette compression est moins évidente et moins facile à opérer, mais, sur certains cœurs, et en particulier sur la pièce n° 10, cette compression m'a paru exister. Le cœur, par l'épaisseur de son muscle, doit avoir une force de résistance considérable; mais, d'un autre côté, la force de rétractibilité des fausses membranes, passées à l'état fibreux, peut aussi avoir une grande énergie.

D'autres fois, les fausses membranes s'organisant sous forme de lamelles cellulaires, nos 11, 12, 13, 14 et 15, peuvent déterminer des adhérences entre le feuillet viscéral et pariétal; c'est dans ces cas que l'on a pu croire quelquefois à des absences de péricarde, lorsque surtout, comme sur les pièces nos 14 et 15, l'adhérence est intime et générale. La cavité séreuse a alors complétement disparu. Des plaques crétacées nos 16 et 17, peuvent aussi se développer sous la séreuse viscérale.

N° 1. — Cœur d'adulte; absence du péricarde.

Cette pièce a été trouvée sur un maçon, âgé de 28 ans, grand, maigre, habituellement bien portant et n'offrant aucune gêne, aucun trouble, dans les fonctions des organes de la circulation et de la respiration.

Le cœur, dépourvu d'enveloppe extérieure fibro-séreuse, était libre sous le poumon gauche et paraissait n'être retenu en

situation, que par deux brides de deux pouces de longueur, partant du côté gauche de son sommet pour aller, sans doute, se terminer dans un point de la circonférence du diaphragme ; mais cette insertion n'a pas été reconnue. Le médiastin n'était formé que par une simple lame séreuse appartenant à la plèvre droite.

La face de cette cloison qui correspond au cœur, offre la disposition d'une coque ou capsule fibreuse peu profonde, se perdant en haut sur l'origine des vaisseaux, et se terminant en bas sans adhérer au diaphragme. Cette capsule a paru, à Breschet, être un rudiment de péricarde. Il existe en outre un filament fibreux cylindrique, allant de la base du cœur du sillon vertical antérieur, à la face interne de cette espèce de vestige de péricarde que je viens de décrire, et il pase sur la base du cœur sans y adhérer. Dans son Mémoire, M. Breschet le considère encore comme un rudiment de péricarde.

La membrane séreuse du cœur manquait donc entièrement ; on voyait la membrane séreuse du poumon gauche, sur la partie interne de cet organe, dans le point par lequel il était en connexion immédiate avec le cœur, se porter sur ce dernier et le recouvrir en totalité. Cette pièce, présentée à la Faculté de médecine, a été examinée par MM. Blainville, Cruveilhier, Désormeaux, Dumeril, Lœnnec et Orfila ; elle est donc un exemple incontestable d'absence complète du feuillet séreux du péricarde. (Voir pour les détails l'observation de M. Breschet publiée avec planches, *Répertoire d'anatomie*, année 1826, tome I^er^, page 66.) J'ai cru devoir extraire textuellement du Mémoire les faits rapportés ici. Cette observation se trouve revêtue d'un cachet d'authenticité que lui donne l'expérience du savant anatomiste, et, dans son excellent Mémoire, après avoir constaté, avec Portal, Haller, etc., que la plupart des cas donnés comme absence du péricarde n'étaient que des péricardites avec des adhérences générales, il conclut de ces recherches, que l'on peut encore admettre comme absence congénitale, de la membrane fibro-séreuse du cœur, le fait de Mathieu Baillie. (*Transactions of a Society for the improvement of medical and chirurg.*) et celui rapporté par Walter dans son *Museum anatomicum*.

(Professeur Breschet, *Répertoire d'anatomie*, t. I^er^, p. 66.)

N° 3. — Modèle en cire, de la pièce précédente, n° 1, d'absence complète de péricarde.

(Professeur Breschet.)

N° 2 *a*. — Dessin de la pièce n° 1, représentant l'absence du péricarde.

(Professeur Breschet.)

N° 2 *b*. — Colonne vertébrale, avec le diaphragme et le cœur; absence du péricarde par arrêt de développement.

Cette pièce provient d'un adulte, et, par son importance, elle mérite que sa description soit rapportée ici avec le plus de détails possible. On constate du côté du médiastin antérieur, l'existence d'un petit cul-de-sac qui commence à 5 centimètres de la base du cœur et se prolonge le long de l'aorte jusqu'à une profondeur de 2 centimètres 1/2. Le bord antérieur du cul-de-sac commence au milieu à peu près de la paroi antérieure de l'aorte. Le cul-de-sac est constitué en avant et à gauche par l'aorte, à la partie interne ou droite par la lame du médiastin, à la partie postérieure par la veine cave supérieure.

A la partie postérieure de ce cul-de-sac se trouve une autre ouverture, sorte de canal situé entre le tronc de l'aorte et la face antérieure de la veine cave supérieure. La voûte est constituée par la branche droite de l'artère pulmonaire.

En descendant vers le diaphragme, à la partie inférieure, un peu au-dessus de la pointe du cœur qui est renversée en haut, on rencontre une fossette dans laquelle la pointe du cœur peut se placer. L'artère pulmonaire est en rapport direct avec le poumon.

En résumé, on constate sur cette pièce que la paroi latérale gauche et la paroi antérieure du péricarde manquent complétement. La paroi postérieure et la paroi latérale droite existent à l'état rudimentaire, et donnent lieu à la formation de nombreux culs-de-sac. Le feuillet séreux viscéral du cœur se trouvant en contact avec la face postérieure du sternum et des cartilages costaux, les surfaces postérieure et latérale gauche étaient en rapport direct avec le poumon gauche, sur lequel le cœur devait s'appuyer dans le décubitus dorsal.

(M. Lebec, *Soc. anat.*, 1874, 3e série, t. IX, p. 455.)

N° 3. — Cœur d'un jeune sujet; péricardite pseudo-membraneuse.

Sur cette pièce, la péricardite de date récente, était caractérisée par un épanchement séreux considérable. On constate actuellement sur le cœur, particulièrement au niveau des oreillettes, une

pseudo-membrane villeuse; c'est là le type de ce que les anciens ont désigné sous le nom de *cor hirsutum, cor villosum*.
(M. Duvernoy, 1801.)

N° 4. — Modèle en cire, d'un cœur affecté de péricardite pseudo-membraneuse.

Le péricarde était distendu par une grande quantité de liquide, et le feuillet séreux est recouvert d'une épaisse couche néoplastique d'un aspect chagriné, assez irrégulier. Cette disposition de la pseudo-membrane, donne à la séreuse du cœur ainsi que l'a très-bien indiqué Corvisart, une grande ressemblance avec la surface interne du bonnet ou second estomac des ruminants.
(Professeur Covisart, 1801.)

N° 5. — Cœur d'adulte; péricardite pseudo-membraneuse.

Sur ce cœur on constate que la lésion est de date assez récente; l'individu a succombé dans la période aiguë. Il existait un épanchement considérable, et on voit que la séreuse cardiaque est couverte d'une couche pseudo-membraneuse de plusieurs millimètres d'épaisseur; celle qui couvre le cœur est hérissée d'aspérités, et très-épaisse.
(Professeur Cruveilhier, 1833.)

N° 6. — Cœur; péricardite pseudo-membraneuse.

Cette pièce provient d'une femme de 25 à 38 ans. La maladie est de date assez récente; la malade a succombé rapidement. On constate une dilatation considérable de la cavité du péricarde, qui contenait une grande quantité de liquide. La surface interne du péricarde, particulièrement la portion cardiaque, est recouverte d'une couche pseudo-membraneuse assez épaisse qui peut être facilement décomposée en lamelles superposées ; sa surface est bosselée, irrégulière. Le cœur est en outre très-volumineux.
(MM. Bouet et Dusoir, 1826.)

N° 6 *a*. — Cœur d'adulte ; péricardite hémorrhagique.

Ce cœur, qui est volumineux, hypertrophié, contenait à l'intérieur du péricarde dont la cavité est dilatée, une grande quantité de liquide séro-sanguinolent. Sur la face libre du feuillet viscéral et pariétal du péricarde, il existe une couche épaisse de pseudo-mem-

branes qui ont un aspect brunâtre, villeux, et qui se détachent dans certains points.
(M. Foucher, 1855.)

N° 7. — Cœur d'adulte ; péricardite pseudo-membraneuse.

Sur ce cœur la péricardite qui est récente, était accompagnée d'un épanchement considérable qui a distendu la séreuse cardiaque. Une pseudo-membrane peu épaisse, légèrement villeuse tapisse toute la face interne du péricarde. Le cœur est hypertrophié, volumineux.
(M. Barth.)

N° 8. — Cœur d'adulte ; péricardite pseudo-membraneuse.

Sur ce cœur d'origine inconnue, on constate que la cavité du péricarde a été notablement distendue par la présence d'un liquide. Il existe en outre une couche pseudo-membraneuse qui tapisse toute la cavité; le cœur est considérablement hypertrophié.

N° 9. — Pièce en cire, représentant le larynx, la trachée, les poumons et le cœur ; péricardite pseudo-membraneuse.

Cette pièce a été modelée sur un enfant de 14 ans ; le péricarde a été incisé à sa partie inférieure près de la pointe du cœur. Cette incision permet de constater que la cavité séreuse a été distendue par du liquide, que les parois en sont épaissies, qu'il a existé une péricardite pseudo-membraneuse. La face externe du péricarde est recouverte d'une épaisse couche cellulo-graisseuse qui, dans certains points, présentait deux centimètres d'épaisseur.
(Professeur Leroux, *Bul. de la Fac.*, 1810, p. 66.)

N° 10. — Cœur ; péricardite purulente.

Cette pièce provient d'un jeune homme de 19 ans qui a succombé à une péricardite purulente, avec d'énormes fausses membranes. Ce malade racontait que 18 mois environ avant son entrée à l'hôpital, étant en train de jouer au piquet, il fut saisi d'une douleur très-vive à la partie latérale gauche du thorax, qui l'empêchait de respirer et de marcher, à cause de l'angoisse extrême qu'elle lui causait.

Cet état persista pendant près de 17 mois avec des alternatives de mieux et de rechute, et enfin la dispnée devenant intolérable

le malade entra à l'Hôtel-Dieu, où il succomba au bout de 18 jours. A l'autopsie le poumon droit a été trouvé sain, et le gauche refoulé contre la gouttière vertébrale; mais sans fausses membranes, sans liquide dans la plèvre.

On constate sur ce cœur que la cavité du péricarde est très-dilatée; elle remplissait presque tout le côté gauche du thorax, et contenait 3 kilogrammes 1/2 d'un liquide séro-purulent. Le feuillet pariétal et viscéral de cette séreuse, est doublé d'une fausse membrane qui, pour le feuillet viscéral, a près de 10 millimètres d'épaisseur; elle est fibreuse assez lisse, et le cœur, peu volumineux, anémique, est comme atrophié par la rétraction de la fausse membrane.

(M. Lucien Corvisart.)

N° 11. — Cœur; péricardite.

Cette pièce provient d'un homme de 38 ans, qui n'avait jamais éprouvé de douleurs rhumatismales; il était brancardier à l'hôpital de la Pitié, lorsqu'il tomba malade. Il éprouvait une gêne considérable de la respiration et de la circulation. Il resta deux mois chez lui avec des alternatives de mieux et de mal, puis, entré le 22 février à l'hôpital, il succomba le 24 avril de la même année.

Le péricarde, qui est énormément distendu, occupait une grande partie de la cavité thoracique. Il avait en hauteur environ 30 centimètres, et en largeur 24; il s'étendait surtout à gauche et comprimait fortement le poumon de ce côté auquel il adhérait, tandis que le poumon droit ne paraissait point gêné. Le liquide contenu dans cette vaste poche était d'une couleur jaune foncé et sans mélange de flocons fibrineux; on en put recueillir 2 litres.

Le cœur, placé à la partie supérieure de la poche que lui forme le péricarde, n'a pas augmenté de volume, et ne présente rien d'anormal. La cavité séreuse est doublée dans toute son étendue d'une pseudo-membrane villeuse, d'aspect chagriné, qui a de 3 à 4 millimètres d'épaisseur.

(Professeur Gosselin, *Soc. anat.*, 1838, p. 175.)

N° 12. — Cœur d'adulte; péricardite pseudo-membraneuse.

On constate sur ce cœur les traces évidentes d'une péricardite ancienne; il existe des fausses membranes cellulo-fibreuses qui font adhérer entre eux les 2 feuillets du péricarde, de sorte que la cavité manque complétement. Le cœur est très-volumineux.

(M. Barth, 1840.)

N° 13. — Cœur d'adulte ; péricardite adhésive.

Sur ce cœur la cavité du péricarde à en grande partie disparu ; il existe de nombreuses adhérences cellulo-fibreuses partielles qui ont déterminé l'adhérence des deux feuillets. On trouve en outre un grand nombre de taches laiteuses sur le feuillet viscéral. Le cœur est sensiblement plus volumineux, hypertrophié.

(M. Barth, 1840.)

N° 14. — Modèle en cire, d'un cœur atteint de péricardite ancienne.

On constate sur ce cœur une adhérence des deux feuillets du péricarde, dans toute leur étendue, en sorte que la cavité normale a entièrement disparu. Le cœur est considérablement hypertrophié, les cavités dilatées.

La crosse de l'aorte présente en outre une anomalie dans l'origine des vaisseaux qu'elle fournit ; ceux-ci naissent dans l'ordre suivant : 1° le tronc brachio-céphalique ; 2° la carotide primitive gauche ; 3° la vertébrale gauche ; 4° la sous-clavière gauche.

(Professeur Dupuytren, 1804.)

N° 15. — Cœur ; péricardite adhésive.

Cœur d'un homme de 86 ans. Il existe une péricardite ancienne, avec adhérence générale fibro-celluleuse des deux feuillets du péricarde. Il existe en outre des végétations sur la valvule auriculo-ventriculaire droite. Dans un point, les deux feuillets du péricarde ont été décollés afin de montrer l'absence de la cavité du péricarde.

(M. Barth, 1840.)

N° 16. — Cœur ; péricardite pseudo-membraneuse.

On constate sur cette pièce qu'il existe une adhérence des deux feuillets du péricarde dans toute leur étendue, de telle sorte que la cavité a entièrement disparu. Le feuillet pariétal du péricarde a été disséqué et rabattu sur la pointe du cœur, pour fair voir la solidité des adhérences qui sont fibreuses.

On voit en outre, dans l'épaisseur des parois du ventricule gauche, une tumeur ossiforme du volume d'un gros œuf de pigeon, très-irrégulière, oblique de haut en bas de dedans en dehors ; elle est placée sous le péricarde dont on la détache facilement. Cette

tumeur pénètre dans la paroi ventriculaire gauche jusqu'à 1 millimètre environ de l'endocarde, sous lequel elle fait saillie et dont elle n'est séparée que par quelques fibres charnues. Divisée à l'aide de la scie, cette production homogène dans toute son étendue, paraît d'une dureté et d'une densité comparables à celles de l'ivoire.

Sur ce même cœur existe une autre plaque ossiforme superficielle, moins allongée et étroite, de 6 centimètres de longueur, occupant la paroi postérieure et externe du ventricule et de l'oreillette droite.

A la partie interne de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, se trouve un petit noyau également ossiforme, tout à fait indépendant des autres ossifications.

(M. Durand-Fardel, *Soc. anat.*, 1836.)

N° 17. — Cœur; péricardite pseudo-membraneuse.

Cette pièce, en assez mauvais état de conservation, a été recueillie sur un vieillard. Elle présente sur le ventricule gauche près de sa base, une production ostéo-fibreuse irrégulière, épaisse de 1 centimètre, formée de quatre branches, dont la principale a 7 centimètres de long, et chacune des autres environ deux. Cette production morbide est fortement unie au tissu musculaire du cœur, et recouverte du péricarde auquel elle adhère également, et dans lequel elle a probablement pris naissance.

(Professeur **Leroux**, *Bull. de la Fac.*, t. II p. 15.)

N° 17 *a*. — Portion de l'oreillette droite; plaque ossiforme.

On constate sur cette pièce, à la surface extérieure de l'oreillette droite, une plaque ossiforme, qui s'est développée dans le péricarde épaissi par de fausses membranes. Cette plaque ostéo-fibreuse assez étendue, a été trouvée à l'autopsie.

(Professeur Verneuil.)

N° 17 *b*. — Cœur d'adulte; péricardite pseudo-membraneuse, hémorrhagique.

Sur cette pièce, la cavité du péricarde est distendue, et devait contenir une grande quantité de liquide qui était mélangé de sang. Le péricarde est très-épaissi; sa surface, principalement celle du feuillet viscéral, est rugueuse, inégale: ces inégalités sont produites par d'abondants dépôts fibrineux qui recouvrent la fausse membrane. Le cœur est mou, flasque, volumineux.

(M. Foucher.)

N° 18 — Cœur d'un jeune enfant ; péricardite pseudo-membraneuse.

Sur cette pièce existe un ganglion bronchique tuberculeux, ramolli, et qui s'est ouvert dans le périçarde, tout près de l'insertion de cette membrane à l'aorte. Le passage du pus dans la cavité de la séreuse, a déterminé une péricardite, avec production de fausses membranes qui recouvrent complétement le cœur qui est peu volumineux.

(M. Barth, 1843.)

N° 19. — Modèle en cire d'un cœur affecté de péricardite hémorrhagique.

La surface du cœur est recouverte d'un péricarde épaissi, sur lequel existent de petites excroissances rosées, qui ont été rapportées à une péricardite hémorrhagique.

(Professeur Desgenettes, *Bull. de la Faculté de méd.*, 1807, p. 32.)

Article 2.

LÉSIONS DU CŒUR.

Les pièces relatives aux lésions du cœur même, sont au nombre de cent douze, du n° 20 au n° 120 inclusivement. Comme il existe un très-grand nombre de variétés de lésions, je distinguerai un certain nombre de subdivisions, à savoir :

1° Ordre. Anomalies, solutions de continuité congénitales et traumatiques du cœur ;

2° Corps étrangers ;

3° Rétrécissement des orifices ;

4° Dilatations partielles du cœur, anévrysmes ;

5° Hypertrophies du cœur, avec dilatation des cavités sans lésions valvulaires, atrophies ;

6° Kystes et polypes du cœur ;

7° Gangrène, tubercules et cancers du cœur.

ORDRE PREMIER

Anomalies, solutions de continuité congénitales et traumatiques du cœur.

Les pièces qui se rapportent à cet ordre de lésions sont au nombre de vingt-huit, du n° 20 au n° 37 inclusivement. Neuf pièces, n^{os} 20, 21, 21 *a*, 24, 25, 26, 27, 28 et 31 *a*, sont des exemples de persistance du trou de Botal, dont deux, n^{os} 24 et 25, sont accompagnés de perforation de la cloison inter-ventriculaire. Sur les pièces n^{os} 25, 26, 27 et 28 qui appartiennent à des adultes, il semble même qu'il y ait absence presque complète de la cloison inter-auriculaire, mais ces larges perforations ne sont évidemment que des dilatations considérables du trou de Botal. Dans ces quatre dernières pièces, l'oreillette droite est assez constamment dilatée, en même temps que l'artère pulmonaire a acquis une grande capacité, tandis que l'aorte, au contraire, est plutôt diminuée de volume.

Les pièces de perforation de la cloison inter-ventriculaire seule, sans lésion des oreillettes, sont au nombre de huit, n^{os} 30, 31, 31 *c*, 31 *d*, 32, 32 *a*, 32 *b*; cette dernière est la représentation en cire de la pièce précédente. Sur toutes ces pièces, la perforation de la cloison est située au même lieu, à la base du ventricule, au-dessous des valvules sigmoïdes, ce qui peut s'expliquer par la raison que c'est la partie de la cloison qui se développe la dernière. La pièce n° 31, en même temps qu'elle présente une perforation de la cloison inter-ventriculaire, présente une disposition remarquable de l'artère aorte qui est considérablement retrécie au niveau de sa crosse; elle est reconstituée inférieurement par le canal artériel qui est dilaté.

Quelques pièces méritent encore d'être signalées: les pièces n^{os} 22 et 23 sont des exemples de cœur à un seul ventricule, du moins le ventricule droit est rudimentaire. La pièce n° 23 *a* est un exemple de cœur à un seul ventricule avec une oreillette unique, tandis que la pièce n° 23 présente un seul ventricule avec deux oreillettes. Sur la pièce n° 23 *c*, on constate

une anomalie de l'artère sous-clavière gauche, qui naît de l'artère pulmonaire.

Trois pièces, nos 33, 34 et 35, sont des exemples de plaies du cœur; le n° 36 est un cas de rupture traumatique et le n° 37, de rupture spontanée.

N° 20. — Cœur; cyanose par suite de la persistance du trou de Botal.

Cette pièce provient d'une jeune fille de 22 ans qui était affectée de la persistance du trou de Botal. L'ouverture de communication des deux oreillettes se présente sous la forme d'une fente ovalaire de 2 centimètres de long, à bords très-minces. L'intérieur est muni d'un repli membraneux qui simule assez bien une valvule.

Le ventricule droit est normal, mais le gauche présente une légère dilatation, en même temps que les parois sont légèrement hypertrophiées.

(M. Barth, 1840.)

N° 21. — Cœur d'adulte; persistance du trou de Botal.

Ce cœur, qui a été déposé sans renseignements, est très-volumineux. L'orifice de communication entre les deux oreillettes est de forme ovalaire, à bords mousses et arrondis, sans trace de valvule. L'ouverture a au moins 3 centimètres dans son grand diamètre, qui est horizontal, et 2 1/2 environ dans le sens opposé.

Les deux oreillettes sont notablement dilatées, surtout la droite; le ventricule droit est également plus dilaté que le gauche. L'épaisseur des parois ventriculaires est d'ailleurs considérable, puisqu'elles ont 1 centimètre 1/2 pour le ventricule droit, 2 centimètres pour le gauche et 3 pour la cloison inter-ventriculaire. Les orifices sont libres et les valvules saines.

N° 21 *a*. — Cœur d'enfant; persistance du trou de Botal.

Sur cette pièce, on constate qu'il existe une persistance du trou de Botal. L'orifice de communication présente une fente oblongue, ovalaire, oblique de haut en bas, et longue de 1 centimètre environ. Elle diffère de forme, examinée du côté de l'oreillette droite ou de l'oreillette gauche.

(Professeur Lœnnec.)

N^os^ 22 et 23. — Ces deux pièces sont la représentation en cire d'une malformation ventriculaire.

Ce cœur provient d'un enfant de 6 ans, né à Amsterdam. Jusqu'à l'âge de 3 ans, cet enfant n'avait rien présenté qui pût faire supposer un vice organique du cœur. On rapporte les premiers signes de l'affection cardiaque à un accident qu'il éprouva à l'âge de 3 ans, une porte qui se ferma brusquement sur l'une de ses mains lui ayant écrasé les doigts. A la suite d'une vive douleur, l'enfant fut pris de mouvements convulsifs violents, et longtemps prolongés. Quelque temps après reparurent de nouvelles attaques qui se répétèrent chaque jour pendant plusieurs mois, et qui étaient déterminées par la moindre contrariété. En même temps, l'enfant s'affaiblissait et ses extrémités prenaient une teinte violacée. A la suite d'un traitement qu'on lui fit subir, il y eut une amélioration légère ; mais, un jour, en jouant avec de petits camarades, il fut pris d'une crise très-violente, à la suite de laquelle il périt suffoqué, dans les bras des personnes qui vinrent à son secours.

A l'autopsie, on trouva le péricarde mince, légèrement lubréfié à sa surface. Le cœur a le volume ordinaire à cet âge, mais les artères et les veines coronaires étaient pleines de sang noir. L'oreillette droite, comme on peut le constater sur une des pièces en cire, est très-dilatée ; et le trou de Botal non oblitéré, constitue une fente de 1 centimètre de longueur.

On pourrait, au premier aspect, et à un examen superficiel, ne croire qu'à l'existence d'un seul ventricule, mais ils existent tous deux. Le ventricule droit, beaucoup plus considérable que le gauche, est dilaté, hypertrophié, et divisé en deux moitiés, une droite et une gauche, par une cloison formée par un double pilier de la valvule tricuspide. L'un de ces piliers se fixe au milieu de la paroi supérieure du ventricule, l'autre à la pointe du cœur. En arrière et en haut, ce ventricule communique avec l'oreillette droite ; en devant et à gauche, il donne naissance à l'aorte, munie comme à l'ordinaire de ses trois valvules sigmoïdes.

Dans la partie gauche de ce ventricule, à 2 centimètres environ de l'origine de l'aorte, existe une petite ouverture, de 5 millimètres de diamètre, qui conduit, après un trajet d'environ 3 centimètres de long, dans l'artère pulmonaire. Celle-ci d'un volume quatre fois plus considérable que le conduit qui lui donne naissance, est garnie à son origine de deux valvules sigmoïdes.

Entre l'origine de l'artère pulmonaire et de l'aorte, se trouve une autre ouverture, beaucoup plus considérable que la première, arrondie, de 1 centimètre 1/2 de diamètre, garnie d'une espèce

de zone tendineuse sur laquelle viennent se fixer les bords convexes de la valvule sigmoïde. C'est par là que le ventricule droit communique avec le gauche, qui est situé en arrière, très-petit, d'une capacité à peine égale au quart de celle du ventricule droit, (M. Ribes, *Bul. de la Fac. de méd.*, t. IV p. 422.)

N° 23 *a*. — Portion thorachique, d'un enfant du sexe masculin cœur à une seule oreillette et un seul ventricule.

Cette pièce provient d'un enfant né à terme, qui a vécu 6 semaines. Le cœur n'a qu'une oreillette et qu'un ventricule. Pendant la courte durée de son existence, cet enfant éprouva de la gêne dans la respiration et plusieurs accidents nerveux, tels que des vomissements avec mouvements convulsifs. On avait aussi observé un état habituel d'assoupissement et de refroidissement, dans les parties les plus éloignés du centre de la circulation.

Le thorax a été ouvert, et on constate sur cette pièce que le cœur a son volume normal ; il est placé sur la ligne médiane de la cavité thoracique, sa pointe dirigée un peu à gauche. Il n'existe qu'une seule cavité auriculaire et qu'un seul ventricule ; ces deux parties communiquent si librement entre elles, par une large ouverture, qu'on peut considérer ce cœur comme uniloculaire. Le ventricule est très-développé ; sa face interne présente çà et là des colonnes charnues ; les parois ont partout la même épaisseur. En avant et à droite, naît un gros tronc vasculaire ; l'aorte, garnie à son origine de trois replis valvulaires sigmoïdes ; ce vaisseau se dirige de bas en haut, de droite à gauche, et se recourbe pour former la crosse aortique. De cette courbure naît le tronc brachio-céphalique, l'artère carotide gauche et la sous-clavière du même côté ; de sa concavité, dans un point correspondant à l'origine de la sous-clavière, naît un vaisseau volumineux, légèrement contourné, qui se termine dans la branche gauche de l'artère pulmonaire (*canal artériel*).

Du ventricule unique, plus à gauche et plus en arrière que l'aorte, naît un second vaisseau à parois moins épaisses, moins résistantes, d'un calibre un peu inférieur à celui du tronc précédent et dont l'origine est garnie de trois replis valvulaires : c'est l'artère pulmonaire. Elle se dirige de bas en haut, de gauche à droite, se recourbe dans un sens opposé à celui de l'aorte et donne de sa courbure une branche peu volumineuse, qui se porte à gauche, passe entre l'aorte descendante et la veine cave supérieure gauche, pour se terminer dans le poumon. Entre cette première branche de l'artère pulmonaire et l'aorte, existe un vaisseau de communication qui représente le canal artériel.

De la branche droite de l'artère pulmonaire naît, peu avant sa terminaison dans le poumon, un vaisseau qui communique

avec le tronc brachio-céphalique, tout près de l'origine de l'artère sous-clavière. Ce second canal artériel est beaucoup plus long et plus grêle que le premier.

L'oreillette unique située en arrière, un peu plus à droite qu'à gauche, est large et proéminente surtout à droite, elle offre deux appendices auriculaires, quoiqu'elle ne présente intérieurement aucune cloison de séparation. A droite et de haut en bas on reconnaît l'orifice de la veine cave supérieure, des veines pulmonaires, de la veine cave inférieure.

(Professeur Breschet. *Répertoire d'Anat. et de Phys.*, t. II, p. 9.)

N° 23 *b*. — Cœur à un seul ventricule; cyanose congénitale.

Ce cœur provient d'un jeune garçon de 12 ans, qui, au moment de sa naissance, était bleuâtre, à demi asphyxié; on a eu beaucoup de peine à établir la respiration. Cet enfant, depuis sa naissance, a toujours gardé la même teinte cyanique et a toujours été débile; il était peu propre aux exercices du corps; son intelligence était bornée, de sorte qu'il n'est jamais allé à l'école.

Dix-huit mois environ avant sa mort, cet enfant a été pris d'une toux persistante, qui augmentait la teinte cyanique : l'enfant était absolument bleu, il était enclin au sommeil, il fallait le secouer vivement pour en obtenir une réponse. A l'auscultation on ne constatait rien à la pointe du cœur, mais à la base il existait un bruit de souffle très-prononcé au premier temps, et dont le maximum était au deuxième espace intercostal gauche. Le pouls était petit, fréquent, mais régulier; il battait 110 fois à la minute et la température rectale était de 37°. Le médecin porta le diagnostic suivant : rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire avec phthisie caseuse consécutive. Tous les symptômes précédents s'aggravèrent, le pouls monta à 120 et la température à 37° 2, l'enfant mourut rapidement.

A l'autopsie on trouva des cavernes et des tubercules dans le sommet des deux poumons. Le cœur présente en tout trois cavités; la cavité ventriculaire a la forme d'un cône, ou plutôt d'un triangle curviligne; il existe une valvule tricuspide, dont les trois valves sont bien plus nettement dessinées que sur la valvule auriculo-ventriculaire droite d'un cœur normal.Cette valvule s'insère sur les trois faces du triangle ventriculaire, et correspond à un large orifice situé sur la portion gauche du cône ventriculaire qui donne accès dans l'oreillette gauche. Cette valvule est saine et oblitère bien l'orifice. Quant à l'oreillette correspondante, sa conformation est normale. Les quatre veines pulmonaires viennent s'y aboucher à l'endroit normal.

L'oreillette droite juxtaposée ne présente également aucune ano-

malie, du moins quand on la considère par sa face extérieure, où l'on aperçoit les deux orifices des deux veines caves; mais si on examine cette oreillette par sa face interne, on constate l'absence de l'orifice auriculo-ventriculaire normal. Il est remplacé par un long canal étroit, qui se glisse dans la paroi postérieure du ventricule unique, pour venir s'ouvrir dans ce venticule à environ 15 millimètres de la pointe. Cet orifice venticulaire est dissimulé entre deux volumineux piliers de second ordre; vers la paroi postérieure, on n'en constate la présence qu'en faisant pénétrer un stylet par l'ouverture auriculaire. Il n'y a pas trace de valvules dans toute l'étendue de ce canal.

A la base du cône ventriculaire à droite de la valvule et de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, viennent s'ouvrir à côté l'une de l'autre, l'aorte et l'artère pulmonaire. Un pilier charnu, horizontal, volumineux, et qui se porte de la paroi ventriculaire à la valvule tricuspide, est destiné à fortifier l'insertion de la valve droite, et convertit la portion correspondante du ventricule à ces deux gros vaisseaux en une sorte de diverticulum. L'aorte est antérieur, son orifice, sa crosse et ses divisions étaient normales.

L'artère pulmonaire est située immédiatement derrière l'aorte. Son diamètre est tellement rétréci, qu'il égale celui d'une forte plume de corbeau; son orifice ne présente que deux valvules semi-lunaires plus larges et par suite bien plus élevées que dans un cœur normal. Elles paraissent oblitérer complétement l'orifice, Le trou de Botal n'est point oblitéré.

(M. H. Martin, *Soc. anat.*, 1877 4me série, t. II, p. 441.)

N° 23 *c.* — Fœtus à terme; anomalie d'origine de l'artère sous-clavière gauche.

Sur ce fœtus on constate que l'artère sous-clavière gauche naît de l'artère pulmonaire, à près de deux centimètres environ de l'origine de cette dernière au ventricule droit du cœur. L'aorte fournit d'abord l'artère carotide primitive gauche, puis un tronc commun pour la carotide et la sous-clavière droite, puis elle se dirige sur le côté droit de la colonne vertébrale. La pointe du cœur, également déplacée, regarde à droite.

(Professeur Desgenettes.)

N° 24. — Cœur; persistance du trou de Botal.

Sur cette pièce qui provient d'un enfant, on constate une persistance du trou de Botal et du canal artériel, avec une communication à la base des deux ventricules. Cette dernière ouverture

est oblongue, à bords arrondis, pouvant admettre une grosse plume.

N° 25. — Modèle en cire d'un cœur d'enfant avec les poumons ; persistance du trou de Botal.

On constate sur cette pièce la persistance du trou de Botal, avec persistance du canal artériel et une communication inter-ventriculaire, située à la base des deux ventricules.
(M. Beauchêne.)

N° 26. — Cœur d'adulte, préparé par dessiccation ; persistance du trou de Botal.

Sur cette pièce, qui malheureusement est sans renseignements, la cloison des oreillettes a en grande partie disparu : il existe à sa place un large perforation, à peu près circulaire, qui a cinq centimètres de diamètre, et qui établit une large communication entre les deux cavités auriculaires. Le ventricule droit, ainsi que l'oreillette, sont très-dilatés.
(Professeur Marjolin.)

N° 27. — Modèle en cire d'un cœur ; persistance du trou de Botal.

Sur ce cœur qui provient d'un adule, il existe une perforation qui est circulaire et considérable ; elle occupe presque toute la paroi inter-auriculaire ; elle présente environ trois centimètres de diamètre. L'oreillette droite est notablement dilatée, tandis que la gauche est normale ; la cavité et les parois des ventricules ne présentent rien de particulier. On a aussi représenté à la surface du cœur de nombreuses fausses membranes, traces d'une pericardite plus ou moins ancienne.
(Professeur Corvisart et Leroux, *Bul. de la Fac. de méd.*, nivôse an XIII, p. 51.)

N° 28. — Modèle en cire d'un cœur ; persistance du trou de Botal.

Ce cœur provient d'un adulte. La perforation, qui a la plus grande analogie avec la précédente, est large, circulaire et occupe presque toute la paroi auriculo-ventriculaire. L'oreillette droite est très-dilatée. La surface du cœur est recouverte de nombreuses

fausses membranes, traces d'une péricardite plus ou moins ancienne.

(Professeur Corvisart et Leroux, *Bul. de la Fac. de méd.*, nivôse an XIII, p. 51.)

N° 29. — Modèle en cire d'un cœur; perforation de la cloison inter-auriculaire.

Sur cette pièce, qui provient d'un adulte, on constate qu'il existe une perforation si considérable de la cloison inter-auriculaire, qu'il reste à peine trace de cette cloison. La communication entre les deux cavités a quatre centimètres 1/2 de diamètre ; les bords en sont minces, lisses et arrondis.

Le cœur, dans son ensemble, est volumineux ; le ventricule droit est surtout considérablement dilaté ; mais il n'existe point de coupe qui montre l'épaisseur des parois. L'artère pulmonaire a presque le double de son volume ordinaire, tandis que l'aorte est plus petite.

(Professeur Dupuytren, 1806.)

N° 30. — Modèle en cire, représentant une perforation de la cloison inter-ventriculaire.

Ce cœur provient d'un adulte ; la perforation qui présentait deux centimètres 1/2 de long, est placée immédiatement au dessous de l'origine de l'artère aorte, de telle sorte que l'on pouvait croire que cette dernière naissait des deux ventricules à la fois.

(Professeur Breschet.)

N° 31. — Cœur d'adulte ; communication inter-ventriculaire avec persistance du canal artériel ; anomalies d'origine des branches qui naissent de la crosse de l'aorte.

Sur ce cœur, existe une perforation inter-ventriculaire qui occupe la base du cœur, immédiatement au-dessous des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire et de l'aorte. On constate, du côté du ventricule droit, l'existence d'une ouverture ovalaire, dont le diamètre transversal a deux centimètres, tandis que le vertical n'en a qu'un ; mais, comme la perforation est légèrement oblique, de haut en bas et infundibuliforme, l'orifice paraît être plus étroit du côté du ventricule gauche.

L'artère pulmonaire, qui a trois fois environ son volume ordinaire, est parsemée à l'intérieur de plaques ostéo-calcaires ; on en voit aussi plusieurs sur le valvules.

L'artère aorte, qui est presque moitié plus petite que dans l'état

ordinaire, présente une disposition très-remarquable. Au niveau de sa crosse, elle se trifurque : la branche droite est le tronc brachio-céphalique, celle du milieu, la carotide primitive gauche; enfin celle de gauche, la sous-clavière correspondante qui est plus volumineuse qu'à l'état normal. A ce point, l'aorte n'est plus représentée que par un petit canal du volume d'une sonde de femme, dirigé d'abord de droite à gauche et un peu d'avant en arrière, dans une longueur de 2 centimètres, puis, coudé brusquement d'avant en arrière et de haut en bas, et se renflant assez rapidement de manière à acquérir près de 2 centimètres de diamètre. De l'artère pulmonaire part un second canal de même volume que le précédent, qui se porte de gauche à droite et un peu d'avant en arrière, de manière à aller se joindre au canal aortique et constituer avec lui l'aorte descendante. Cette artère se trouve donc ainsi résulter de la jonction de ces deux vaisseaux, dont le premier n'est que l'aorte considérablement rétrécie, et le second le canal artériel qui a persisté.

Les cavités du cœur ne sont pas notablement augmentées, mais les parois en sont hypertrophiées ; celles de droite ont en certains points 2 centimètres d'épaisseur et 1 centimètre 1/2 là où elles sont le plus faibles. Celles de gauche présentent 2 centimètres 1/2 à la base et 1 centimètre 1/2 vers la pointe.

(Professeur Dupuytren.)

N° 31 *a*.— Modèle en cire de la pièce précédente n° 31, représentant la communication inter-ventriculaire.

(Professeur Dupuytren.)

N° 31 *b*. — Cœur; large communication des deux cavités auriculaires, par la dilatation du trou de Botal, sans cyanose.

Cette pièce provient d'une femme de 72 ans. A l'auscultation on n'avait trouvé que quelques gros frottements durs, au niveau du sternum.

On constate sur ce cœur que l'oreillette droite est dilatée, le trou de Galien ou de Botal est notablement agrandi. Les deux valvules existent ; la valvule inférieure flotte, laissant au-dessous d'elle un espace où passerait le doigt.

(M. Durozier, *Soc. de biologie* (1862) 3me série, t. XLVI, p. 105.)

N° 31 *c*. — Cœur d'adulte; communication inter-ventriculaire.

On observe sur cette pièce, à la base du cœur, immédiatement

au-dessous des valvules sigmoïdes de l'aorte, un orifice oblong, oblique de haut en bas, d'environ 2 centimètres dans son plus grand diamètre et de 1 centimètre dans son plus petit. Cette perforation établit une large communication entre les deux cavités ventriculaires : les bords en sont lisses, arrondis. Le ventricule gauche est un peu dilaté, mais sans hypertrophie notable.

(Professeur Vulpian, 1868.)

N° 31 *d*, — Cœur ; communication inter-ventriculaire, avec cyanose hypertrophie du ventricule droit ; rétrécissement de la valvule tricuspide avec dilatation de l'oreillette droite et de l'artère pulmonaire.

Cette pièce provient d'une jeune fille de 21 ans. Elle avait présenté dès son jeune âge, et à différentes périodes, des accès de dyspnée qui diminuaient par le repos, mais ne cessaient jamais complétement, ne laissant généralement que de courts répits à la malade. Si elle faisait quelques efforts, la toux et la dyspnée reparaissaient, les mains et la face devenaient violettes. Un souffle sans caractère particulier, s'entendait dans toute la région cardiaque. Le pouls était mou, petit, irrégulier, fréquent, de 80 à 100 fois à la minute. Vers la fin de l'existence de cette jeune fille, la cyanose était continue; elle avait notablement augmenté : les extrémités étaient violacées et froides.

Le cœur, assez volumineux (son développement porte surtout sur le ventricule droit), était ferme; il pesait 225 grammes.

Sa largeur est de 9 centimètres, sa hauteur de 10 centimètres, et son épaisseur de 45 millimètres.

Le tissu adipeux, en assez grande abondance, est déposé dans le sillon auriculo-ventriculaire.

L'épaisseur maxima de la paroi ventriculaire gauche est de 12 millimètres, celle de la paroi ventriculaire droite est de 2 centimètres.

La paroi inter-ventriculaire, très-épaisse, présente vers sa base, au niveau du septum membraneux, un orifice de 2 centimètres (dans son plus grand diamètre), laissant facilement passer l'extrémité de l'index.

Cet orifice, de forme irrégulière, à bords mousses et nets, affecte assez grossièrement la disposition d'un croissant à concavité dirigée en arrière : il se trouve situé juste au-dessous de la valvule aortique droite, et laisse apercevoir le petit groupe de cordes tendineuses qui naît constamment de la partie supérieure de la paroi interne du ventricule droit, pour se terminer à la valve gauche de l'orifice tricuspide.

L'endocarde tapissant les bords de la perforation est parfaitement sain. Rien aux valvules mitrales et aortiques.

Le ventricule droit est considérablement hypertrophié, mais non dilaté.

L'orifice tricuspide est notablement rétréci par épaississement de ces valvules.

Les orifices pulmonaire et aortique ont leur calibre normal, mais, tandis que le diamètre de l'aorte à 1 centimètre au-dessus de son origine est de 23 millimètres, celui de l'artère pulmonaire est de 40 millimètres.

L'oreillette droite présente une dilatation assez notable, avec une hypertrophie légère. La paroi inter-auriculaire est normale.

La fosse ovale est encadrée par l'anneau de Wieussens, bien développé : il n'existe aucun trajet, même oblique, conduisant d'une oreillette dans l'autre.

(Prof. Béhier et M. Landouzy, *Soc. anat.*, 2e série, t. XVI, p. 547.)

N° 32. — Cœur ; perforation de la cloison inter-ventriculaire.

Cœur d'adulte sur lequel on constate l'existence d'une perforation de la cloison inter-ventriculaire, vers la base, immédiatement au-dessous des valvules sigmoïdes aortiques et pulmonaires. Cette communication est semi-lunaire, et embrasse dans sa concavité une des valvules sigmoïdes. La perforation, au lieu d'être nette et lisse, offre des bords inégaux, comme ulcéreux et recouverts de végétations crétacées, analogues à celles que l'on observe quelquefois sur certaines valvules du cœur.

L'orifice de l'artère pulmonaire est rétréci à son origine, les ventricules sont normaux quant à leur capacité et à l'épaisseur de leurs parois.

(Professeur Corvisart.)

N° 32 *a*. — Modèle en cire de la pièce n° 32.

Cette pièce représente une communication inter-ventriculaire, située à la base des ventricules.

(Professeur Corvisart.)

N° 32 *b*. — Cœur; perforation de la base des ventricules.

Ce cœur provient d'un jeune homme. Il existe une large perforation de la base des ventricules, immédiatement au-dessous des valvules sigmoïdes de l'aorte. Cette perforation, qui a près de 3 centimètres, établit une large communication entre les deux cavités ventriculaires qui sont normales.

N° 33.— Cœur ; plaie pénétrante des ventricules.

Sur ce cœur on constate l'existence d'une plaie pénétrante des ventricules. Le trajet est assez curieux par la direction qu'a suivie le couteau, qui a traversé les ventricules de part en part, en restant dans l'épaiseur de la cloison inter-ventriculaire, si ce n'est dans un point limité où il a pénétré dans le ventricule gauche. Le blessé s'était donné lui-même ce coup de couteau qui a pénétré entre la cinquième et la sixième côte ; la mort a été presque instantanée. Le péricarde a été trouvé distendu par une grande quantité de sang en partie liquide, en partie coagulé.

(M. Chassaignac, *Soc. de chir.*, 2me série, t. I, p. 90, 1860).

N° 34. — Cœur ; plaie pénétrante.

Cette pièce provient d'un homme de 35 ans, qui se tua lui-même de deux coups de couteau dans la région précordiale. La mort a été presque instantanée.

Les deux plaies faites à la peau étaient comprises dans le cinquième espace intercostal, au-dessous et en dedans du mamelon, au point probablement où le blessé sentait plus nettement battre son cœur. Ces deux plaies étaient très-rapprochées l'une de l'autre, et se réunissaient en arrière des parois thoraciques en une seule. Le couteau avait été retrouvé dans la plaie la plus rapprochée de la quatrième côte.

On trouve sur cette pièce une plaie de la face antérieure du péricarde : le ventricule droit est traversé de part en part à sa partie inférieure ; comme il repose sur le diaphragme, ce muscle avait été traversé lui-même, et le couteau avait pénétré dans le lobe gauche du foie. Il existait un épanchement de sang considérable dans le péricarde ; le cœur, revenu sur lui-même, est retracté.

(Professeur Lorain, *Soc. anat.*, 1865, 2me série, t. IX, p. 75.)

N° 35. — Cœur ; plaie pénétrante.

Cette pièce provient d'un homme de 30 ans qui s'est donné quatre coups de sabre de garde national (bancal) dans la région précordiale. Ce blessé a survécu une heure et demie à sa tentative de suicide.

Une seule plaie était pénétrante. Cette plaie, située au niveau et un peu en dedans du mamelon, avait permis à la pointe du sabre de pénétrer entre les cinquième et sixième côtes, d'atteindre le péri-

carde, de lui faire une ouverture de 3 centimètres, et de venir frapper la paroi antérieure du cœur, au niveau du sillon interventriculaire, vers son tiers inférieur. La cloison interventriculaire est traversée en partie ; quelques fibres musculaires du cœur droit étaient coupées; enfin on voit sur la face postérieure de ce même ventricule, deux petites plaies d'inégale grandeur. La plus grande était le fait de la pénétration de l'instrument vulnérant, la plus petite devait être rattachée à la contraction du cœur sur la pointe du sabre.

Le péricarde contenait trois verres de sang liquide, mêlé de quelques caillots ; la plèvre gauche était également distendue par plus d'un litre de sang. Cet épanchement pleural avait eu lieu par regorgement : le sang avait passé du péricarde dans la plèvre.

(M. Després, *Soc. anat.*, 1873, 2me série, t. XVIII, p. 491.)

N° 36. — Cœur; rupture traumatique du ventricule gauche.

Cette pièce a été recueillie sur un jeune homme de 13 à 14 ans, qui a été écrasé par une voiture. Une contusion transversale occupait toute la largeur du dos, et quelques autres se remarquaient à la partie antérieure du thorax. La peau, incisée dans ces divers points, ne parut que très superficiellement ecchymosée. Une ecchymose plus profonde existait au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, dans un espace de trois centimètres de longueur sur quatre de largeur. Les côtes, leurs cartilages et le sternum, étaient à l'état normal ; il y avait seulement un diastasis de l'articulation sterno-claviculaire gauche.

Tous les viscères de l'abdomen étaient intacts, et cependant il y avait beaucoup de sang épanché dans cette cavité. Le péricarde était également rempli de ce liquide.

Sur le cœur se voit une large rupture du ventricule gauche, triangulaire, n'ayant pas moins de 5 centimètres de longueur, et mettant à découvert dans toute sa hauteur et sa largeur, la cavité du ventricule gauche. Les colonnes charnues qui supportent la valvule auriculo-ventriculaire sont lacérées.

(M. Worbe, *Bul. de la Fac.*, t. IV, p. 146.)

N° 37. — Cœur ; rupture spontanée du ventricule gauche.

Cette pièce provient d'une femme de 72 ans. Il existe une rupture spontanée du ventricule gauche du cœur. Le péricarde contenait une grande quantité de sérosité, le cœur était recouvert dans toute son étendue d'un caillot noirâtre qui adhérait assez intimement à son tissu, et pénétrait dans les interstices que laissait

la masse adipeuse considérable qui entourait cet organe. Il existe à la face postérieure du ventricule gauche, à peu près vers la partie moyenne, une fente qui suivait la direction des fibres charnus et avait une étendue de 1 centimètre 1/2 à peu près.

Cette fente, bouchée par un caillot sanguin, est assez régulière et ressemble à celle qu'aurait fait un instrument tranchant. En ouvrant le ventricule gauche, il a été facile de voir le point où la fissure s'était produite. Du côté interne la fente est moins longue qu'à l'extérieur. Autour de cette fissure, le tissu du cœur est légèrement rouge et ramolli, de telle sorte qu'une sonde introduite par l'orifice externe a pu sans peine se creuser un trajet oblique dans ce tissu. Les parois du ventricule gauche hypertrophiées, sont un peu amincies au niveau de la rupture, tout en ayant encore en ce point une épaisseur assez considérable. Les tendons et les valvules du ventricule gauche sont parfaitement sains; rien de particulier dans les cavités droites. L'aorte, ainsi que toutes les cavités du cœur, étaient vides de sang.

L'examen microscopique a démontré qu'au niveau de la rupture, il existait une altération graisseuse assez avancée des fibres musculaires.

(M. Garnier, *Soc. anat.*, 1857, 2me série, t. II, p. 6.)

ORDRE 2.

Corps étrangers dans le cœur.

Les corps étrangers que l'on a trouvés dans le cœur sont nombreux, mais le Musée ne renferme qu'une seule pièce, n° 38. Il s'agit d'une épingle à cheveux de femme, qui est située dans le ventricule gauche et a déterminé les accidents les plus graves.

N° 38. — Cœur qui contient dans le ventricule gauche une épingle à cheveux de femme.

Cette pièce provient d'un homme de 53 ans. Il existe dans le ventricule gauche, une épingle à cheveux de femme. Cet individu était depuis trente ans sujet à des douleurs rhumatismales, qui l'arrêtaient de temps en temps dans ses occupations. On n'a pu savoir s'il avait l'habitude de boire de l'eau-de-vie ni comment il vivait. De ses explications embarrassées, on peut supposer qu'il ne disait point la vérité.

Le 27 septembre, il fut pris, dit-il, d'une vive douleur dans le membre inférieur droit, douleur siégeant surtout au niveau des articulations du tarse. A son entrée dans un service de médecine, on ne put obtenir d'autre renseignement sur ses antécédents, que l'aveu de ses douleurs rhumatismales. Il fut saigné trois fois, trois fois la saignée fut très couenneuse. Comme on n'obtint point d'amélioration, on lui appliqua 80 sangsues sur la jambe et le pied.

La souffrance persistant, la douleur s'étendit plus haut, et au bout d'une semaine de séjour à l'hôpital, il présenta au gros orteil une tâche gangréneuse qui fit des progrès successifs et monta jusqu'au dessus de la rotule.

On se demandait pendant la vie, si la gangrène était le résultat d'une ossification lente, oblitérant progressivement le calibre de la fémorale que l'on sentait sans battements, formant un cordon dur au pli de l'aine. Un bruit de souffle au cœur se faisait entendre, couvrant le premier bruit, quoique les battements du cœur fussent réguliers. Ce malade mourut le 13 novembre 1819.

A l'autopsie on a trouvé dans l'aorte, six centimètres au-dessous de sa bifurcation, ainsi que dans l'artère iliaque primitive droite, l'artère hypogastrique, l'artère iliaque externe, la fémorale, la poplitée et toutes les branches qui en naissent, un caillot dense, très-solide, adhérant aux parois des vaisseaux. Il était coloré encore dans l'aorte, presque décoloré dans la partie inférieure des membres pelviens. Les veines de ce côté étaient remplies de sang à moitié fluide; en outre le caillot s'étendait dans l'artère iliaque primitive, l'artère hypogastrique, et l'iliaque externe du côté gauche, mais un peu au dessus de l'arcade fémorale, l'artère iliaque externe était libre et saine. Le membre correspondant ne portait aucune trace de gangrène.

Mais le fait le plus extraordinaire, qu'on ne soupçonnait nullement, c'est la présence d'une épingle à cheveux de femme, de 5 centimètres de longueur environ, située dans le ventricule gauche et dont la tête est retenue dans l'épaisseur de la pointe du cœur, tandis que l'autre extrémité est libre et flottante dans la cavité ventriculaire ; elle présente sur son trajet un caillot fibrineux, qu'elle perce au niveau de sa pointe.

A quelle époque remonte l'introduction de cette épingle? C'est ce qu'on n'a pu savoir, ainsi que la manière dont elle a été introduite. Elle a d'abord déterminé des adhérences celluleuses entre les deux feuillets du péricarde dans toute son étendue, ainsi que de l'endocardite.

(Professeur Laugier, *Soc. anat.*, 1819, p. 331.)

ORDRE 3.

Rétrécissement des orifices du cœur.

Le nombre des pièces relatives aux rétrécissements des orifices du cœur est de 43, du n° 39 au n° 80 inclusivement.

Les lésions qui affectent le plus souvent les orifices du cœur, sont les rétrécissements qui peuvent être plus ou moins considérables. M. Cruveilhier insistait sur ce point, qu'il ne croyait pas que l'on doive absolument, comme l'ont fait Hope et Corrigan, séparer le rétrécissement de l'insuffisance; il considère au contraire, que ces deux affections existent presque toujours en même temps. Il admet que chaque fois qu'il y a un épaississement notable d'une valvule, il y a toujours insuffisance, et comme il ne peut y avoir de rétrécissement considérable sans altération sensible des valvules, il réunit ces deux affections en une. Admettant cette manière de voir, les pièces relatives aux lésions des orifices du cœur n'ont pas été classées dans le Musée, au point de vue de l'insuffisance, mais du rétrécissement.

Les orifices du cœur étant au nombre de quatre, j'aurai à décrire les rétrécissements des deux orifices auriculo-ventriculaire, ceux de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Les caractères anatomo-pathologiques communs de ces rétrécissements consistent dans un épaississement fibreux ou crétacé des valvules. Ces dépôts sont tantôt séparés, tantôt réunis; les uns et les autres attaquent partiellement ou envahissent la totalité des valvules. Les plaques crétacées peuvent être lisses comme celles des artères, ou être hérissées de tubercules qui peuvent ulcérer la membrane, et se trouver alors en contact direct avec le sang. Il peut même arriver dans ces cas d'endocardite ulcéreuse, que les valvules soient perforées, n° 63, 67, 68, 69, 70, 71. Je diviserai les rétrécissements des orifices du cœur en deux sous-ordres: 1° les rétrécissements des orifices auriculo-ventriculaires, 2° les rétrécissements des orifices artériels.

1er sous-ordre.

RÉTRÉCISSEMENT DES ORIFICES AURICULO-VENTRICULAIRES

Les rétrécissements des deux orifices auriculo-ventriculaires n'ont pas une égale fréquence ; l'orifice auriculo-ventriculaire gauche a une bien plus grande tendance à se rétrécir, comme cela résulte des pièces du Musée qui sont au nombre de 21, du n° 39 au n° 58 inclusivement. La pièce n° 54 est un exemple de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et aortique, avec oblitération de l'artère pulmonaire par un caillot fibreux. La pièce n° 56 *a* est un exemple d'insuffisance de la valvule mitrale et tricuspide.

N° 39. — Cœur ; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Sur ce cœur, les valvules mitrales sont réunies entre elles par leur extrémité libre, et forment un orifice anormal d'un centimètre et demi de diamètre. Il résulte, de cette disposition, la formation d'un canal infundibuliforme de la longueur d'environ un centimètre, dont la base est tournée vers l'orifice auriculo-ventriculaire. Les valvules sont épaissies, fibreuses, et assez rigides pour ne plus remplir leurs fonctions et déterminer une insuffisance.

(M. Chavignez, *Soc. anat.*, 1837, p. 38.)

N° 40. — Cœur ; modèle en cire, d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Modèle en cire d'un cœur qui, présente un rétrécissement circulaire fibro-calcaire de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ; les bords libres des valvules adhèrent entre eux : de là résulte un canal rigide d'un centimètre environ de diamètre. L'oreillette est considérablement dilatée, mais on ne retrouve point la disposition infundibuliforme des valvules, si commune dans ce genre de lésion. L'endocarde de l'oreillette épaissi, comme fibreux, est ulcéré dans un point.

(M. Leclerc.)

N° 41. — Cœur; modèle en cire d'adhérences des valvules mitrales.

Modèle en cire d'un cœur dont les valvules mitrales, adhérentes entre elles par leur bord libre, sont également fixées aux parois ventriculaires. Ces adhérences ont rétréci considérablement, et d'une manière circulaire, la partie inférieure de l'orifice limité par ces valvules; lequel se trouve réduit à un petit pertuis rond de six millimètres de diamètre, tandis que l'orifice supérieur, également rond, est dilaté et infundibuliforme.

Le ventricule correspondant est hypertrophié, l'oreillette dilatée : le ventricule et l'oreillette droite sont dilatés.

(Professeur Dupuytren.)

N° 42. — Cœur ; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Ce cœur d'adulte, à sa surface, porte des traces évidentes d'ancienne péricardite ; l'orifice auriculo-ventriculaire gauche est légèrement rétréci, les valvules sont un peu épaissies. Le ventricule gauche est hypertrophié et sa cavité a environ 7 centimètres de diamètre.

(M. Barth, 1840.)

N° 43. — Cœur; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Ce cœur d'adulte, qui est en assez mauvais état de conservation, présente une altération fibreuse de la valvule mitrale, avec rétrécissement peu considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, qui a 2 centimètres et demi environ dans son plus grand diamètre. Le ventricule gauche est normal, tandis que l'oreillette est un peu dilatée.

N° 44. — Cœur; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Cette pièce provient d'une femme de 37 ans; il existe un épaississement avec induration fibreuse des valvules de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Le rétrécissement n'est point très-considérable ; cet orifice admet facilement une sonde de 2 centimètres de diamètre. La cavité du ventricule gauche est dilatée, les parois n'ont guère

que leur épaisseur normale, les colonnes charnues seules sont un peu épaissies.

(Professeur Grisolle.)

N° 45. — Cœur ; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Sur ce cœur d'adulte il existe une altération fibreuse de la valvule mitrale, avec rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, qui ne présente plus qu'un centimètre 1/2 de diamètre L'oreillette a le double de son volume normal. Le ventricule gauche est légèrement dilaté, mais sans augmentation sensible de ses parois. L'endocarde qui tapisse la cavité ventriculaire est considérablement épaissi, fibreux, et d'une couleur blanchâtre.

(Récamier, 1840.)

N° 46. Cœur ; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

On constate sur ce cœur d'adulte, un épaississement de la valvule mitrale, qui est fibreuse ; les cordages tendineux sont réunis en petits pelotons, et par conséquent soudés les uns aux autres. Il résulte de cette altération un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, dont l'orifice à la partie inférieure a environ 1 centimètre 1/2. L'oreillette est dilatée, le ventricule est au contraire normal.

(M. Barth, 1840.)

N° 47. — Cœur d'adulte ; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Sur ce cœur le rétrécissement, qui est fibreux, est peu considérable, car l'orifice a encore près de 2 centimètres 1/2 de diamètre. Mais ce qu'il y a surtout de remarquable sur cette pièce, ce sont les parois du ventricule gauche qui présentent un épaississement notable dans certains points; au niveau de la base particulièrement, cet épaississement est de 4 centimètres. La cavité au contraire, n'a pas sensiblement augmenté sa capacité. L'endocarde est épaissi.

Cet individu, qui avait été affecté de péricardite rhumatismale, présentait un double bruit de souffle avec piaulement pendant le premier bruit. L'oreillette gauche est très-dilatée, l'orifice aortique est normal, et les valvules sont saines.

(Professeur Bouillaud.)

N° 46. — Cœur; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Sur ce cœur d'adulte, il existe une altération fibreuse de la valvule mitrale, qui a déterminé un rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, dont le diamètre n'est plus que d'un centimètre.

Le ventricule gauche est à peu près normal, les valvules aortiques sont saines, mais l'oreillette gauche est très-dilatée, puisqu'elle a trois fois son étendue ordinaire, et les parois en sont amincies.

(M. Barth, 1840.)

N° 48 *a*. — Cœur ; rétrécissement de l'orifice mitral avec dilatation de l'oreillette gauche.

Cette pièce provient d'un homme de 41 ans, qui depuis vingt ans souffrait de la région du cœur. A 21 ans, sans aucune cause connue, il eut pour la première fois des palpitations très-violentes. Les symptômes principaux que cet homme a présentés quelque temps avant sa mort, sont : un bruit systolique très-intense à la pointe du cœur, avec impulsion considérable. La matité commençait en haut au niveau du deuxième espace intercostal gauche, et finissait au niveau du septième. Le pouls était petit, irrégulier, avec dispnée intense, hémoptysies fréquentes, œdème des membres inférieurs et ascite.

Le cœur est volumineux, il pesait 565 grammes, et était chargé de graisse surtout à la partie antérieure. La circonférence de la base mesure 28 centimètres, la largeur mesurée du bord droit au bord gauche était de 13 centimètres; la longueur de la base au sommet des ventricules était de 12 centimètres à la partie antérieure, et de 10 à la postérieure. Le ventricule gauche a une épaisseur de 12 millimètres, le droit de 9; l'oreillette droite de 2. L'oreillette gauche présente une hauteur de 12 centimètres, une largeur de 11 ; l'épaisseur des parois est de 4 millimètres dans les parties libres et dans certains points de 13 millimètres.

Le ventricule droit est dilaté et légèrement hypertrophié, l'oreillette est également dilatée, mais surtout au niveau de l'auricule. Les orifices sont normaux.

Le ventricule gauche contenait quelques caillots, les parois sont amincis, l'orifice aortique est normal. La valvule mitrale est épaissie, dure, racornie, couverte de concrétions; son orifice admet à peine le petit doigt. L'oreillette gauche est très-dilatée, elle a la forme d'une vaste poche dont le volume est égal à la moitié du volume total du cœur.

(M. Toledano, *Soc. anat.*, 1875, 3e série, t. X, p. 328.)

N° 49. — Cœur; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Sur ce cœur d'adulte, on constate que l'orifice auriculo-ventriculaire gauche est circulaire et très-rétréci ; il admet à peine une sonde d'un centimètre de diamètre. Les valvules sont épaissies et fibreuses.

(Professeur Piorry.)

N° 50. — Modèle en cire d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur.

Sur ce cœur, on constate que les valvules mitrales présentent un épaississement considérable avec altération fibreuse. Il existe un orifice, qui présente une ouverture elliptique de 2 centimètres 1/2 de longueur.

L'oreillette gauche est dilatée et amincie, mais ce sont surtout les cavités droites qui sont remarquables. L'oreillette et le ventricule de ce côté sont considérablement dilatés; l'oreillette surtout est énorme, car elle a près de 18 centimètres dans son diamètre transversal, et 7 dans son diamètre antéro-postérieur.

(Professeur Corvisart.)

N° 51. — Modèle en cire d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur.

La disposition de ce retrécissement est remarquable par son siége. Au lieu de porter principalement sur la partie inférieure, ou bord libre de la valvule, c'est au contraire au niveau de la partie moyenne qu'il est le plus considérable, de sorte que l'orifice valvulaire a la forme d'un sablier: élargi en haut, rétréci à sa partie moyenne, il s'élargit de nouveau en bas, dans lequel le diamètre de l'orifice est de 1 centimètre environ. Les petits cordages tendineux sont libres. L'oreillette gauche, très-dilatée, contient un caillot de 6 centimètres de diamètre, qui repose précisément sur l'orifice auriculo-ventriculaire, de manière à l'oblitérer complétement. Ce caillot, par son organisation périphérique, et son peu d'épaisseur au centre, doit faire supposer qu'il existait pendant la vie, mais qu'alors il existait à son centre, une ouverture qui s'est oblitérée après la mort.

(Professeur Dupuytren.)

N° 52. — Cœur; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Sur ce cœur d'adulte, la valvule mitrale rétrécie, présente un épaississement fibreux très-dense, comme cartilagineux, et l'orifice peut à peine admettre une sonde de 1 centimètre 1/2 de diamètre. L'oreillette gauche est très-dilatée, en même temps qu'il y a une hypertrophie de ses parois. Le ventricule est normal.
(M. Legouas, 1808.)

N° 53. — Cœur; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Sur ce cœur d'adulte, la valvule mitrale présente sur son pourtour un épaississement fibreux considérable, avec des dépôts crétacés partiels. L'orifice auriculo-ventriculaire admet à peine une sonde de 1 centimètre de diamètre. Il existe une dilatation considérable de l'oreillette, du côté malade. Le ventricule gauche est à l'état normal.

N° 54. — Cœur; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et aortique, oblitération de l'artère pulmonaire.

Sur ce cœur, qui provient d'un adulte, il existait un bruit de souffle systolique, râpeux, très-intense, surtout marqué à la pointe, couvrant tout le petit silence, et se prolongeant dans la direction de l'aorte. Il existait aussi une dilatation veineuse très-marquée dans la région sus-claviculaire gauche.

Les parois du *ventricule gauche* sont très-épaissies et atteignent 2 centimètres 1/2 environ. La cavité ventriculaire est très-restreinte, et contiendrait à peine une cuillerée à bouche de sang. Il existe un rétrécissement tel de la valvule mitrale, qu'il est impossible d'y faire pénétrer une plume à écrire. L'orifice se présente sous forme d'une fente demi-circulaire, presque linéaire, dont les bords boursouflés et indurés, offrent une infiltration calcaire, pierreuse, mamelonnée ; ils sont absolument rigides. Le sang s'insinue dans le ventricule par un petit pertuis insignifiant, qui, après la mort, était rempli de caillots noirâtres. Les piliers de la valvule mitrale, ainsi que les muscles papillaires, sont indurés, racornis et rétractés : les piliers opposés se touchent et adhèrent sur une certaine étendue par leur face profonde. Le ventricule tout entier, à force de se contracter à vide, s'est rétréci à son tour, tout en s'hypertrophiant.

L'orifice aortique est également rétréci, par suite de l'épaississement de la zone aortique d'une part, des nodules d'Arantius d'autre part; il n'existe pas cependant d'insuffisance aortique, ce qui concorde avec les symptômes cliniques. Les trois nodules, repoussés contre la paroi aortique, laissent à peine un espace du calibre d'une carotide.

Le *cœur droit*, lui, est au contraire très-hypertrophié: il existe une dilatation considérable de la cavité ventriculaire. La valvule tricuspide participe à l'épaisissement de tout l'endocarde et elle est tachetée de plaques blanches. Il y avait très-certainement de l'insuffisance de cette valvule.

Oreillettes. — La gauche est énorme, beaucoup plus considérable que le ventricule correspondant; on pourrait presque y loger le poing. Les parois sont hypertrophiées : les veines pulmonaires s'y abouchent par des orifices où on loge facilement l'index. L'oreillette droite est également très-dilatée, remplie de caillots mous, décolorés.

L'artère pulmonaire, très-dilatée à partir de l'infundibulum, présente, à 3 centimètres au delà, un énorme caillot fibrineux ancien, stratifié, adhérent à la paroi qu'il obstrue presque complétement. Ce caillot se continue dans les deux branches de l'artère pulmonaire.

(M. Rendu, *Soc. anat.*, 1871, 2e série, t. XVI, p. 235.)

N° 55. — Cœur; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Sur ce cœur d'adulte, les valvules de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, présentent des dépôts crétacés très-limités, situés dans leur épaisseur. Quelques-unes des incrustations sont percées à leur centre, par suite d'ulcérations qu'elles ont déterminées. Le ventricule gauche est considérablement hypertrophié, en même temps que sa cavité a presque doublé. L'oreillette, au contraire, est peu dilatée.

(M. Lafargue, *Bull. de la Faculté de méd.*, 1808, p. 3.)

N° 56. — Modèle en cire d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche.

Sur ce modèle en cire, on constate que la valvule mitrale présente une altération fibreuse, avec des dépôts crétacés partiels.

L'orifice rétréci a pris une forme semi-elliptique. L'oreillette gauche est considérablement dilatée. Il y avait pendant la vie insuffisance des valvules.

(Professeur Corvisart, 1800.)

N° 56 *a*. — Cœur; rétrécissement et insuffisance mitrale, rétrécissement et insuffisance tricuspide.

Cette pièce provient d'un homme de 24 ans, qui, à plusieurs reprises, éprouva des symptômes graves du côté du cœur, qui se traduisaient par des palpitations, un œdème considérable des membres inférieurs, du scrotum et des parois abdominales. Peu de temps avant sa mort, cet homme entra dans le service de M. Dumontpallier, et on constata qu'il existait un bruit de souffle systolique, occupant toute la systole ventriculaire, rude, râpeux, ayant son maximum au niveau de la pointe et se prolongeant non-seulement dans l'aisselle, mais dans toute la région précordiale. Il existait en outre, un bruit de souffle diastolique qui commençait immédiatement après le souffle systolique.

On constate sur ce cœur, que l'oreillette gauche est très-dilatée, les parois en sont plus épaisses que dans l'état normal; elles ont de 5 à 6 millimètres d'épaisseur. A la face interne, existe une plaque calcaire d'un millimètre d'épaisseur et de plus d'un centimètre carré de superficie.

Il existe un grand nombre d'autres plaques, mais plus petites. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche vu par sa face supérieure, présente 5 à 6 millimètres de diamètre ; il est bordé de valves infiltrées de plaques-calcaires. La cavité du ventricule n'est point augmentée. L'orifice auriculo-ventriculaire ne peut, ni s'ouvrir, ni se fermer.

L'oreillette droite est bien plus dilatée que la gauche, les parois ont un maximum de 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Sur l'endocarde existent quelques plaques laiteuses, mais pas de plaques crétacées. L'orifice tricuspide est rétréci, les valves sont épaisses, dures, adhérentes par leurs bords, laissant entre elles un orifice triangulaire de 13 à 15 millimètres de côté.

(M. Dumontpallier, *Soc. anat.*, 1877, 4e série, t. II, p. 64.)

N° 57. — Cœur; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Sur ce cœur d'adulte, il existe avec le rétrécissement, une altération fibreuse et crétacée de la valvule mitrale. L'orifice présente une forme semi-lunaire, et est linéaire. Les bords très-rapprochés l'un de l'autre sont inextensibles, et représentent une fissure d'un millimètre environ d'écartement.

Le ventricule gauche est normal, mais l'oreillette est considérablement dilatée, ses parois sont épaissies.

Professeur Leroux.)

N° 58. — Cœur ; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Ce cœur, qui est en assez mauvais état de conservation, provient d'une jeune fille de 16 ans. La valvule mitrale est envahie par des dépôts crétacés disposés en forme de disque, et développés dans l'épaisseur de la base des valvules. Ces dépôts irréguliers, font à l'intérieur de l'oreillette qui est dilatée, une saillie assez considérable. Le ventricule gauche est normal.

(Professeur Leroux, *Bul. de la Fac. de méd.*, t. II, p. 14.)

2e sous-ordre.

RÉTRÉCISSEMENT DES ORIFICES ARTÉRIELS.

Les pièces relatives au rétrécissement des orifices artériels sont au nombre de 22. Sur quinze de ces pièces, nos 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, le rétrécissement siége sur l'orifice aortique, et nous avons déjà indiqué que sur quelques-unes de ces pièces, nos 63, 67, 68, 69, 70, 71, l'endocardite ulcéreuse avait déterminé une perforation des valvules.

Six pièces, nos 74, 75, 76, 77, 78, 79 et 80, sont des exemples de rétrécissement de l'artère pulmonaire; ces rétrécissements sont presque toujours congénitaux. Les valvules forment alors une espèce de diaphragme avec un pertuis médian. La pièce n° 77 est un exemple de rétrécissement de trois orifices, à savoir : l'orifice aortique, auriculo-ventriculaire droit et gauche.

N° 59. — Cœur; rétrécissement de l'orifice aortique.

Cette pièce provient d'un homme, âgé de 25 ans. Pendant 8 ans il a été affecté de rhumatismes articulaires périodiques, et, six ans avant sa mort, il avait ressenti les premières atteintes de la lésion du cœur.

Les valvules aortiques sont couvertes de nombreuses végétations crétacées. Il en existe également quelques-unes sur les val-

vules auriculo-ventriculaires gauches. L'aorte n'est point rétrécie. On constate sur la membrane interne du cœur des traces d'endocardite très-prononcées ; cette membrane est blanche, épaissie, ridée à sa surface et dépolie. Les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées : elles ont 2 centimètres 1/2 à la base; la cavité est en même temps très-dilatée. Ce cœur pesait 652 grammes.

(Professeur Bouillaud, 1836.)

N° 60. — Modèle en cire d'un cœur ; altérations des valvules de l'aorte.

Sur ce cœur, les valvules sigmoïdes sont couvertes de dépôts crétacés saillants, principalement du côté du ventricule ; il en existe qui font un relief d'un demi-centimètre. Ces dépôts s'observent surtout sur la partie moyenne des valvules, leur partie adhérente est restée saine.

Le ventricule gauche est légèrement dilaté et hypertrophié ; les parois ont deux centimètres d'épaisseur au niveau de la partie moyenne. La valvule auriculo-ventriculaire gauche est aussi le siége de ces dépôts, qui s'étendent dans l'oreillette jusqu'à une distance de 4 centimètres, et se présentent sous l'aspect de végétations en choux-fleurs ; ce qui les avait fait prendre autrefois par certains anatomo-pothologiques pour des végétations d'origine syphilitiques.

(Assemblée des professeurs de la Faculté, 1801.)

N° 61. — Cœur; végétations calcifiées des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Cette pièce provient d'un jeune homme de 17 ans, qui contracta un an avant sa mort, en travaillant dans une cave humide, une affection cardiaque, qui se caractérisa tout d'abord par une oppression considérable, et des battements de cœur énergiques. A partir de cette époque, ce jeune homme fut toujours souffrant, et il mourut brusquement le soir, d'une syncope.

Pendant presque toute la durée de la maladie, il a existé un double bruit de souffle à la base du cœur, et un bruit de souffle unique à la pointe; le premier bruit de souffle a toujours été plus fort, plus long et plus râpeux que le second. Le pouls n'a jamais présenté les caractères de l'insuffisance ; cependant, il a été quelque temps fort et dicrote.

Dans le péricarde existait une petite quantité de sérosité. Le cœur a une forme globuleuse. A la surface du péricarde viscéral, on voit une vascularisation considérable, mais pas d'exuda-

tion, si ce n'est quelques traînées blanchâtres au niveau des artères coronaires.

L'oreillette droite contenait des caillots de couleur rouge groseille; l'orifice tricuspide n'est pas rétréci et laisse facilement passer les deux doigts; la valvule ne présente pas d'altération.

L'oreillette gauche contient aussi des caillots récents en grande quantité. Le ventricule gauche présente une dilatation considérable, avec amincissement de la paroi à la pointe et hypertrophie à la base.

La valvule mitrale présente un épaississement assez marqué de son bord libre; les cordages tendineux sont très-courts, plus épais qu'à l'état normal; les muscles papillaires sont atrophiés. Il n'y a pas d'insuffisance mitrale bien manifeste, mais elle est très-probable.

Dans le sinus aortique, on trouve un caillot rouge et fibrineux, moulé sur les valvules sigmoïdes; il n'y a pas insuffisance de la valvule. A l'orifice aortique, on trouve une altération très-avancée siégeant sur les trois valves; celles-ci sont déformées, une d'elles est contractée et revenue sur elle-même, les autres présentent des végétations dont quelques-unes sont complètement calcifiées. Au-dessus des valvules, on trouve dans l'aorte deux plaques d'aortite, sur lesquelles se sont développées des végétations analogues à celles des valvules.

(M. Hayem, *Soc. anat.* 1869, 2e sér., t. XIV, p. 263.)

N° 62. — Portion du cœur; endocardite ulcéreuse.

Sur cette portion de cœur qui est voisine de l'origine de l'artère aorte, on constate l'existence, les traces d'une endocardite ulcéreuse, avec de nombreuses végétations crétacées sur les valvules sigmoïdes de l'aorte. De nombreux dépôts crétacés existent également sur la valvule mitrale.

(Professeur Vulpian, 1871.)

N° 63. — Cœur; endocardite ulcéreuse de la valvule mitrale.

Sur ce cœur d'adulte, qui est très-volumineux, on constate que les valvules sigmoïdes de l'aorte sont normales, l'endocarde ne paraît point altéré. La valvule mitrale est épaissie, fibreuse; près de son bord inférieur, au niveau de l'insertion des cordages tendineux, s'observe une ulcération avec perforation de la valvule: il en résulte un trou de cinq centimètres de diamètre qui, sur un point de sa circonférence, présente des dépôts fibrineux adhé-

rents et du volume d'une petite noisette. Le ventricule gauche est hypertrophié, en même temps qu'un peu dilaté.
(Professeur Vulpian, 1871.)

N° 64. — Valvules de l'aorte ; dépôts crétacés.

Cette pièce est desséchée : de nombreux dépôts crétacés ont envahi la totalité des valvules sigmoïdes, dont les surfaces supérieures et inférieures sont devenues irrégulières et rugueuses.
(M. Pigné.)

N° 65. — Valvules de l'aorte; dépôts crétacés.

Cette pièce a la plus grande analogie avec la précédente : de nombreux dépôts crétacés ont envahi les valvules sigmoïdes ; deux des divisions de la valvule sont même soudées entre elles, et l'on pourrait croire, à tort, à l'absence congéniale de l'une des valves.
(M. Pigné.)

N° 66. — Cœur; altération crétacée des valvules de l'aorte.

Cette pièce a été prise sur une femme de 76 ans, qui avait présenté un bruit de râpe prononcé, accompagnant le premier bruit et remplaçant le premier silence. (Souvent même le second bruit ne s'entendait pas, et était remplacé par un léger souffle, perceptible sur le bord gauche du sternum.)

Les valvules de l'aorte sont envahies par de nombreux dépôts crétacés ; les trois valves sont disposées sur deux plans : l'un, supérieur, composé d'une seule valve, et l'autre composé de deux valves, dont la réunion est très-intime. Ces deux plans sont parallèles et laissent entre eux une ouverture linéaire, allongée tranversalement, et de 3 centimètres d'étendue. Cette fente était constamment béante, à cause de la rigidité des valvules, et il y avait insuffisance. Ces valvules sont épaissies et offrent, dans leur épaisseur, des noyaux crétacés qui font saillie, surtout du côté de l'aorte. Le ventricule gauche est considérablement hypertrophié et sa cavité est dilatée.
(Professeur Grisolle.)

N° 67. — Cœur; perforation d'une valvule sigmoïde de l'aorte.

Cœur d'un adulte, sur lequel on constate les traces d'une endo-

cardite ulcéreuse. Il existe une perforation considérable d'une valvule sigmoïde de l'aorte ; sur les bords de l'ulcération, on trouve a nu quelques dépôts crétacés, pénétrés de fibrine coagulée. Le ventricule gauche est très-dilaté, avec un épaississement notable des parois. L'endocarde paraît aussi épaissi.

(Professeur Desgenettes 1806.)

N° 68. — Cœur ; endocardite ulcéreuse.

Sur ce cœur, les valvules sigmoïdes de l'aorte présentent des dépôts crétacés peu abondants, mais l'une d'elles est largement perforée. Le ventricule gauche est très-dilaté, sans hypertrophie bien notable des parois.

(Professeur Cruveilhier.)

N° 69. — Cœur ; endocardite ulcéreuse.

Sur ce cœur d'adulte, il existe une perforation de la majeure partie de l'étendue de deux valves de la valvule sygmoïde de l'aorte ; leur bord libre est conservé, la troisième valve est saine. Le pourtour de la vaste perforation est rugueux, limité par un grand nombre de dépôts crétacés auxquels adhèrent des débris fibrineux.

Les parois du ventricule gauche ont 2 centimètres d'épaisseur ; la cavité est doublée, les colonnes charnues sont fortement accusées et bien détachées. L'artère pulmonaire n'a que deux valvules qui sont saines.

(M. Gueneau de Mussy.)

N° 70. — Cœur ; endocardite ulcéreuse des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Sur ce cœur d'adulte, les valvules sigmoïdes de l'aorte sont en grande partie détruites, en même temps que l'orifice est considérablement rétréci. Ce qui reste des valvules ne présente plus qu'une masse crétacée, indurée, très-irrégulière, traversée à son centre par une ouverture semi-lunaire de 1 centimètre 1/2 dans le sens de sa longueur, et de 4 millimètres de diamètre antéro-postérieur.

Le ventricule gauche qui est ouvert, a 15 centimètres de diamètre ; ses parois sont à peu près normales, les colonnes charnues sont, en certains points, complétement effacés.

Professeur Dupuytren, 1805.)

N° 71 — Modèle en cire de la pièce précédente n° 70, représentant les valvules sigmoïdes de l'aorte.

(Professeur Dupuytren, 1805.)

N° 72. — Cœur ; altération crétacée des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Sur cette pièce, on constate une altération fibreuse des valvules sigmoïdes de l'aorte, qui sont rigides et insuffisantes ; il existe par place, dans leur épaisseur, de petits dépôts crétacés.

Le ventricule gauche est notablement hypertrophié, en même temps que sa cavité est dilatée. Le ventricule droit est normal.

N° 73. — Cœur ; altération fibreuse des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Sur cette pièce, on observe une altération fibreuse des valvules sigmoïdes de l'aorte qui sont rigides, insuffisantes et fibreuses ; il existe dans leur épaisseur de nombreux dépôts crétacés.

Le ventricule gauche est hypertrophié, en même temps que sa cavité est dilatée.

N° 74. — Cœur ; rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire.

Sur ce cœur, on constate l'existence d'un rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire, qui présente un espèce de diaphragme percé à son centre d'un trou régulièrement circulaire, ayant environ 1 centimètre de diamètre. Ce diaphragme, concave à sa face inférieure, convexe à sa partie supérieure, offre dans ce dernier sens trois brides séparées par autant de petits enfoncements ou sinus. Ce diaphragme remplace les valvules sigmoïdes, et est évidemment formé par elles.

Le ventricule droit a acquis un gros volume, il est surtout hypertrophié ; il est bombé sphéroïdal, ce qui donne au cœur une forme insolite. Les cavités gauches sont normales.

(Professeur Cruveilhier, *Atlas anat. path.*, t. II, 28e livraison, fig. 2.)

N° 75. — Cœur ; rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Ce cœur provient d'un monstre double, monocéphale, avec deux

membres supérieurs et quatre membres abdominaux. Ce cœur a été présenté à la Société anatomique comme un cœur à trois ventricules, dont un très-petit est situé à la réunion supérieure des deux ventricules normaux, et communique avec le ventricule droit par un orifice arrondi qui présente 1 centimètre de diamètre et, par sa partie supérieure, avec l'artère pulmonaire.

La situation, la forme conique et les communications de cette cavité sur-ajoutée, démontrent qu'il s'agit, ici, de l'infundibulum rétréci à sa base, plutôt que d'un ventriculaire surnuméraire : c'est donc un rétrécissement congénial de l'artère pulmonaire. Il existe, en outre, une communication interventriculaire située à la base des ventricules.

(M. Pigné, *Soc. anat.*, 1847, t. XXII, p. 169.)

N° 76. — Cœur; retrécissement considérable de l'orifice de l'artère pulmonaire.

Sur ce cœur d'adulte, on constate qu'il existe un rétrécissement considérable de l'artère pulmonaire, avec une large perforation interventriculaire, située à la base des ventricules. Elle a 11 centimètres de diamètre. L'aorte, à l'aide de cette perforation à son origine, communique avec les deux cavités ventriculaires. Le ventricule droit est notablement hypertrophié.

N° 77. — Cœur; rétrécissement des trois orifices : aortique, auriculo-ventriculaires droit et gauche.

Ce cœur provient d'une femme de 22 ans qui, dès l'âge de 13 ans, avait eu des signes de maladie du cœur survenus sans cause appréciable; elle éprouvait des étouffements, qui revenaient par accès périodiques, durant environ huit jours. Il existe un triple rétrécissement : tricuspide, mitral et aortique. L'artère pulmonaire est rétrécie à la base de l'infundibulum.

Le pouls était lent, régulier, mais faible. Les veines jugulaires étaient développées, ainsi que les veines temporales, mais pas de pouls veineux. La matité précordiale était étendue, le premier bruit du cœur manquait, il était remplacé par un souffle rude, ayant presque les caractères du bruit rotatoire, mal limité, confus. Le deuxième bruit était obscur, mal frappé, mais sans mélange de souffle.

(M. Luton, *Soc. anat.*, 1858, 2e série, t. III, p. 197.)

N° 78. — Cœur; rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire.

Ce cœur provient d'une vieille femme de la Salpétrière. Au

sommet de l'infundibulum, il n'existe que deux valvules sigmoïdes. Cet orifice est très-rétréci. Le canal artériel, très-dilaté, volumineux, établit une large communication entre l'artère pulmonaire et l'aorte. Le ventricule droit est normal, mais le gauche est hypertrophié et dilaté.

(Professeur Vulpian.)

N° 19. — Cœur ; oblitération presque complète de l'artère pulmonaire.

Ce cœur provient d'une femme de 52 ans. Il existe une oblitération presque complète de l'artère pulmonaire, au niveau du sommet de l'infundibulum avec communication entre les deux oreillettes ; cyanose prononcée. Déformation des dernières phalanges et des ongles des mains et des pieds.

C'est à l'âge de 36 ans que cette femme, pour la première fois, à la suite de chagrins sérieux, éprouva des palpitations, et c'est beaucoup plus tard encore que s'est montrée la cyanose de la face et des extrémités. Il y avait une oppression considérable avec œdème des membres inférieurs ; cet état dura trois ans, avec des alternatives diverses, sous forme d'accès séparés par de longs intervalles.

La matité précordiale était un peu plus étendue qu'à l'état normal : à l'auscultation on constatait un fort bruit de souffle, ayant son maximum au premier temps à la base ; il était progressif et commençait immédiatement après le premier bruit.

Le péricarde contenait un demi-verre de liquide séreux, transparent.

Le cœur, débarrassé du sang qu'il contenait, pesait (en y comprenant l'origine et la terminaison des gros vaisseaux qui en partent ou qui s'y rendent) 160 grammes. Il a un volume un peu plus grand que dans l'état normal, et l'oreillette droite est surtout très-dilatée.

L'oreillette et le ventricule du côté gauche n'offrent aucune modification remarquable. Leurs cavités ont à peu près la largeur normale. La paroi du ventricule est un peu épaissie : elle a, près de la cloison interventriculaire, 16 à 17 millimètres d'épaisseur. Les valvules mitrale et sigmoïdes sont saines, ou du moins elles ne présentent que quelques plaques graisseuses presque insignifiantes.

La cavité de l'oreillette droite est considérablement agrandie ; ses parois ne sont pas notablement épaissies ; les colonnes charnues sont très-apparentes. On trouve un caillot fibrineux, noirâtre, en voie de ramollissement dans l'auricule.

La cavité du ventricule droit est dilatée ; l'agrandissement porte surtout sur la chambre pulmonaire et l'origine de

l'infundibulum. La forme du cœur n'est cependant que peu modifiée ; il est seulement un peu plus globuleux ; mais le rapport des deux ventricules avec la pointe du cœur n'est pas changé. La paroi du ventricule est considérablement épaissie : elle a 1 centimetre à droite de la cloison interventriculaire, et 13 millimètres d'épaisseur ; au niveau du bord droit du cœur, elle est encore plus épaisse. Les colonnes charnues sont plus volumineuses que dans l'état normal. Le tissu musculaire des parois du cœur, tant du ventricule droit que du ventricule gauche, est d'une ferme consistance et d'une coloration normale.

Les valves de la valvule tricuspide sont épaissies, évidemment sclérosées ; mais elles ont leurs dimensions ordinaires, et il ne paraît pas qu'elles aient été insuffisantes, ni que l'orifice auriculo-ventriculaire ait été rétréci. Sur le sommet libre de chaque valve, du côté de la face auriculaire, on voit de petits condylomes verruqueux, mamelonnés, ayant environ 6 millimètres de largeur à leur base, sur 3 ou 4 millimètres de saillie.

Sur le point où finit le tissu musculaire de l'infundibulum, à la base de l'orifice de l'artère pulmonaire, du côté de la cloison inter-ventriculaire, se trouve une plaque calcaire, formant une crête saillante, à bord libre mamelonné, recouverte par l'endocarde. Cette plaque a 15 millimètres de longueur, au niveau de son bord adhérent qui est dirigé de bas en haut, c'est-à-dire du ventricule vers les valvules semi-lunaires, et elle a, au moins, 4 millimètres de saillie. Lorsque le doigt est introduit par le ventricule dans l'infundibulum, il rencontre d'abord cette plaque saillante, puis, si on le fait pénétrer plus profondément, il est arrêté dans une sorte de cul-de-sac. Pour bien voir ce qui arrête ainsi le doigt, on a coupé transversalement l'artère pulmonaire à deux centimètres au-dessus de son origine, et, en examinant par l'ouverture ainsi faite à l'orifice cardiaque de cette artère, on constate qu'il y a là une oblitération presque complète, formée par un diaphragme en forme de dôme, faisant saillie dans l'artère. Ce diaphragme est percé à son centre d'un orifice à peu près arrondi, de 3 millimètres de diamètre, à bord net, mince et lisse. L'ensemble de ce diaphragme rappelle un peu la forme d'un col utérin. En versant de l'eau dans l'artère pulmonaire, le cœur étant suspendu verticalement, l'eau s'écoulait aussi rapidement que le permet le diamètre de l'orifice du diaphragme, et celui-ci restait proéminent, ne s'affaissait pas.

En examinant plus attentivement ce diaphragme, on voit qu'il est formé par les valvules semi-lunaires soudées, confondues par leurs bords, et ayant d'ailleurs subi un épaississement considérable. Il y a même, et c'est là ce qui rend ce diaphragme assez résistant, calcification d'une partie de l'étendue de la membrane ; et la calcification n'étant pas entièrement régulière, il en résulte que la surface pulmonaire du diaphragme n'est pas unie, mais

qu'elle est un peu inégale. D'ailleurs, ce diaphragme n'est pas circonscrit par une rigole régulière; en deux points, il y a une sorte de pont assez large, qui fait communiquer la surface convexe du diaphragme, avec la paroi de l'artère et qui représente le vestige des bords contigus d'abord, puis accablés et confondus ensuite, des valvules semi-lunaires.

L'artère pulmonaire a des parois très-minces : près de son origine, elle a un calibre un peu plus large que dans l'état normal. La branche droite de cette artère ne paraît point élargie ; mais la branche gauche est très-dilatée, presque aussi considérable que le tronc, et ses parois sont plus minces encore que celles de ce tronc.

Il y a une communication entre les deux oreillettes. La valvule du trou de Botal paraît s'être écartée peu à peu du bord charnu sur lequel elle était appliquée antérieurement, et il s'est produit ainsi un canal oblique qui fait communiquer les deux oreillettes. C'est du moins l'idée que fait naître l'examen du mode de communication inter-auriculaire. Le bord antérieur de la valvule, au lieu de s'avancer assez loin sur le bord antérieur de l'orifice, en s'accolant au côté gauche de la cloison, comme il arrive chez certains sujets où l'on trouve, même à un âge avancé, un trajet très-oblique allant de l'oreillette droite dans la gauche, ne dépasse que très-peu ce bord ; et même, en étalant bien la cloison, on voit une partie de l'orifice de communication. De plus, le bord antérieur libre de la valvule est ici épaissi, ferme, blanchâtre, au lieu d'être mince et transparent, comme dans les cas où une anomalie de ce genre existe sans que le sang des deux cavités puisse se mêler. La distance des deux extrémités, supérieure et inférieure de l'orifice de communication, est de 9 millimètres. On peut à peine y introduire l'extrémité du bout du petit doigt.

(Professeur Vulpian, *Soc. Anat.*, 1868, 2e série, t. XIII.)

N° 80. — Cœur ; rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire.

Sur ce cœur d'adulte, il existe un rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire. Les valvules sigmoïdes de cette artère sont profondément altérées, et présentent de nombreux dépôts crétacés ; l'une de ces valvules est même perforée assez largement. Le ventricule droit est très-hypertrophié.

(M. Gueneau de Mussy.)

ORDRE 4.

Dilatations partielles du cœur ; Anévrysmes.

Les pièces relatives aux anévrysmes du cœur sont au nombre de 17 dans le Musée, du n° 81 au n° 97 inclusivement.

La dilatation partielle du cœur, ou anévrysme proprement dit, a été signalée depuis longtemps par les auteurs ; mais ce n'est que vers le premier tiers de ce siècle que cette lésion a été décrite. La science est surtout redevable à Breschet d'une excellente monographie sur ce sujet, qu'il a publiée dans son *Répertoire d'anatomie et de physiologie*. Il a rassemblé la plupart des observations éparses : elles sont au nombre de dix dans son Mémoire.

Aujourd'hui on peut comparer cette lésion à celle que l'on observe dans les artères, et j'admettrai avec M. Cruveilhier, la division de l'anévrysme partiel du cœur en vrai, n^os^ 81, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 92 et en faux ou par rupture, n^os^ 87, 88, 91, 93 et 94. Dans toutes ces pièces, c'est sur le ventricule gauche que la lésion a été observée. L'anévrysme vrai consiste en une dilatation partielle de toutes les tuniques du cœur; dans tous ces cas, au niveau de la partie anévrysmatique, la tunique musculeuse du cœur disparaît ; à sa place existe du tissu fibreux, conjonctif. C'est à la pointe du cœur que cet anévrysme s'observe plus souvent, et le ventricule gauche est celui où cet anévrysme est le plus fréquent. La pièce n° 95 est un exemple rare d'anévrysme de la valvule mitrale, et les pièces n^os^ 96 et 97 d'anévrysme de l'oreillette gauche.

Lorsque l'anévrysme est faux, ce qui arrive à la suite de la solution de continuité de la membrane interne et moyenne du cœur, soit que cette solution de continuité soit consécutive à une dilatation ou à une dégénérescence pathologique préexistante, il se forme sur les côtés du cœur une poche anévrysmale.

Le kyste ou poche anévrysmale peut être formée par toutes les couches qui entrent dans la composition du cœur, le plus souvent, d'après Breschet, la poche serait formée par les deux feuillets du péricarde adossés. M. Raynaud décrit un cas dans lequel il suppose que la membrane interne faisait saillie à travers la musculaire ; comme dans le fait attribué pour les artères à Dupuytren et Dubois, fait que l'on ne retrouve décrit nulle part par ces auteurs, et sur lequel M. Cruveilhier dit avoir interrogé ces deux grands chirurgiens, qui ne comprenaient pas pourquoi on le leur attribuait.

N° 81. — Cœur d'adulte; anévrysme vrai et partiel de la pointe du ventricule gauche.

Sur ce cœur existe, dans le ventricule gauche, un caillot volumineux, allongé, cylindroïde, d'environ 7 centimètres de hauteur sur 4 de diamètre à sa base, qui est adhérente. La surface de ce caillot est lisse, et on peut y distinguer plusieurs couches qui sont analogues à celles que l'on rencontre dans les poches anévrysmales des artères. La cavité du ventricule gauche à son sommet est élargie, mais ne présente aucune tumeur visible à l'extérieur. Dans ce point, la paroi musculaire du ventricule est complétement transformée en tissu fibreux auquel le caillot adhère; il ne présente que 2 ou 3 millimètres d'épaisseur. Ce tissu fibreux disparaît graduellement à mesure que l'on s'éloigne de la pointe vers la base. L'altération s'étend à 6 centimètres environ de la pointe, et, là où s'arrête la transformation fibreuse, le cœur est normal. Près du sommet on ne rencontre aucune trace de colonnes charnues ; ces dernières ne commencent à reparaître qu'au niveau de la partie supérieure du caillot.

(Professeur Pelletan.)

N° 82. — Modèle en cire du cœur précédent, n° 81, représentant un caillot dans un anévrysme partiel de la pointe du ventricule gauche.

(Professeur Pelletan.)

N° 83. — Seconde pièce en cire, représentant le cœur n° 81, avec un caillot volumineux adhérent à la pointe du ventricule gauche du cœur.

(Professeur Pelletan.)

N° 84. — Cœur; anévrysme partiel, vrai, de la pointe du ventricule gauche.

Cœur d'un homme adulte qui est mort de pneumonie. Il existe à la pointe du ventricule gauche un anévrysme vrai partiel, avec caillot. Pendant la vie, cet homme était sujet à des palpitations et à des syncopes ; on avait constaté chez lui un bruit de frottement au premier temps.

L'orifice aortique est rétréci, l'endocarde qui tapisse la cavité du ventricule gauche est blanchâtre, fibreuse, épaisse ; les fibres musculaires de la base du ventricule sont notablement hypertrophiées, tandis que celles de la pointe sont atrophiées et remplacées à ce niveau, par du tissu fibreux. Dans ce point, existe encore des débris d'un ancien caillot lamellaire, qui était adhérent et qui témoigne de l'existence d'une dilatation anévrysmale.

(M. Chambert, *Soc. anat.*, 1838, t. XIII, p. 4.)

N° 85. — Cœur; anévrysme vrai et partiel de la pointe du ventricule gauche.

Cœur dont le ventricule gauche est ouvert longitudinalement, et on constate qu'il existe à la pointe, une cavité ampullaire pouvant admettre une grosse noix. Cette cavité est remplie par un caillot disposé en couches superposées, décoloré et assez intimement adhérent. Cette cavité qui détermine une saillie prononcée au dehors, est formée par les parois du cœur transformées en tissu fibreux. Au niveau de la partie supérieure du caillot, le cœur présente un petit rétrécissement pouvant admettre le doigt; dans ce point les parois du cœur reprennent leur épaisseur et leur organisation musculaire. Les colonnes charnues du cœur sont complétement effacées au niveau de l'anévrysme, et reparaissent peu à peu; mais ce n'est qu'à une distance notable du sommet de la tumeur (3 centimètres environ), qu'elles redeviennent normales. Les parois du cœur ont été disséquées, de manière à faire voir comment décroit en épaisseur le plan musculeux, à mesure que le tissu fibreux augmente. On voit aussi que la cavité de la poche est tapissée par l'andocarde épaissi ; le cœur dans ce point était adhérent au péricarde par quelques pseudo-membranes.

(Professeur Cruveilhier, *Atlas d'anat. path.*, 22 livr.)

N° 86. — Cœur; anévrysme vrai de la pointe du ventricule gauche.

Ce cœur, qui a été recueilli sur une vieille femme, présente à sa pointe une dilatation qui forme une vaste cavité pouvant ad-

mettre un œuf de poule, et dont les parois, dans ce point, sont complétement fibreuses et ont à peine un 1/2 centimètre d'épaisseur. La transformation fibreuse commence assez brusquement à peu de distance des valvules aortiques ; c'est surtout aux dépens de la paroi antérieure de ce ventricule que cette altération a lieu. La paroi postérieure, en grande partie intacte, est hypertrophiée. Il existe un caillot adhérent à la pointe du cœur, il est volumineux, lisse à sa surface, disposé en couches concentriques. Il est divisé en deux, la saillie qu'il fait à l'intérieur est de 6 centimètres. La capacité du ventricule est réduite de beaucoup ; l'aorte présente à son origine quelques plaques calcaires ; elle est sans rétércissement et les valvules sont saines.

(M. Prus. 1836.)

N° 87. — Modèle en cire, d'un anévrysme partiel et par rupture, de la pointe du ventricule gauche du cœur.

Ce cœur est la représentation de celui de Talma. Le péricarde a été représenté ouvert, et on voit que la pointe du cœur est dilatée et forme une tumeur ayant 10 centimètres de haut sur 7 de large dans sa partie moyenne. Elle est séparée du cœur par un étranglement assez notable; elle est assez régulièrement arrondie; à travers les parois, on voit la coloration bleuâtre du caillot. Des veines dilatées et nombreuses rampent sous le feuillet viscéral du péricarde ; le sommet de la tumeur est adhérent au péricarde pariétal par des tractus en forme de corde; le cœur est volumineux.

(Professeur Breschet *Répertoire d'Anatomie*, t. II.)

N° 88. — Modèle en cire, même pièce que la précédente n° 87; le ventricule gauche est représenté ouvert.

On constate que la portion non dilatée du ventricule est normale. A 6 centimètres des valvules aortiques, le tissu musculeux disparaît presque subitement, et la paroi fibreuse de l'anévrysme lui fait suite. Cette paroi a de 1 à 2 millimètres seulement d'épaisseur; elle est complétement fibreuse. La cavité est remplie par un caillot rouge peu consistant, adhérent à toute l'étendue de la tumeur.

(Professeur Breschet, *Répertoire d'Anatomie*, t. II.)

N° 89. — Cœur ; anévrysmes partiels du ventricule gauche.

Ce cœur provient d'un homme de 70 ans. Lorsqu'on ouvrit le péricarde, on constata que la partie gauche de la face antérieure

du cœur, faisait une saillie large et dépassait de un à deux centimètres le niveau de cette face; dans ce point, le péricarde était adhérent par un tissu cellulaire assez lâche. Le cœur est volumineux.

Le ventricule gauche est ouvert sur son bord libre; le cœur est le siége d'une dilatation assez grande et d'une légère hypertrophie de ses parois. On voit vers la pointe une vaste cavité qui est subdivisée en trois : la plus grande, pouvant contenir une grosse noix, existe à l'union de la cloison avec la face antérieure. Une seconde existe à la pointe et est séparée de la précédente par un espace de deux centimètres. La troisième, de pareille forme, est située derrière les deux autres; elle est creusée dans la cloison. La membrane interne du cœur est blanche et très-épaisse. Les cavités étaient remplies de concrétions fibrineuses, disposées par couches assez denses; les parois de l'oreillette gauche sont épaisses, tous les orifices sont libres sans concrétions. Le ventricule droit ne présente rien de particulier.

(M. Mercier, *Soc. anat.*, 1835, p. 19.)

N° 90. — Cœur; anévrysme partiel et vrai de la partie latérale du ventricule gauche

Sur ce cœur d'adulte, la dilatation anévrysmale est latérale, et constitue une poche considérable au niveau de laquelle la paroi musculaire du cœur est profondément modifiée; elle est en grande partie fibreuse. Les colonnes charnues du cœur à ce niveau, ont aussi, en grande partie, disparu, et l'endocarde épaissi, blanchâtre, est notablement modifié; il existait des débris peu nombreux de caillots fibrineux. La cavité ventriculaire est dilatée, et les parois sont légèrement hypertrophiées.

N° 91. — Cœur; anévrysme par rupture de la pointe du ventricule gauche.

Cœur, dont la base du ventricule gauche est notablement hypertrophiée, tandis que le sommet présente une poche anévrysmale très-volumineuse, qui faisait saillie dans la cavité du péricarde.

Au niveau de la tumeur anévrysmale, les fibres musculaires cessent brusquement, et la tumeur qui est presque aussi volumineuse que le cœur lui-même, a des parois minces, transparentes dans certains points, et qui sont constituées par du tissu fibreux dense. Il existait, dans cette poche, des caillots.

(M. Petigny de Rivery, 1853.)

N° 22. — Cœur; anévrysme vrai et double du ventricule gauche.

Ce cœur a été recueilli sur une femme de 27 ans qui, à la dernière période de sa vie, présentait tous les symptômes de l'asystolie, dyspnée extrême, œdème des membres inférieurs, ascite, cyanose. Il y avait une absence complète du premier bruit du cœur, le second était faible, mais sans souffle caractérisé. Le choc du cœur était de moyenne intensité, et réparti sur une large surface; on ne voyait point battre la pointe, on ne percevait point de choc dans un endroit précis, mais la main largement appliquée, sentait un soulèvement en masse.

Le cœur est très-volumineux; il remplissait la plus grande partie de la poitrine. Les deux feuillets du péricarde sont complètement soudés; à première vue, on pourrait croire que cette membrane fait défaut. Le cœur a une forme insolite; sa partie inférieure est plus large que sa base, il est donc pyriforme, mais à pointe dirigée en haut.

Le ventricule droit est tout à fait refoulé en arrière et en haut, sa cavité n'est pas augmentée; elle paraît même diminuée, vu le contraste qu'elle offre avec celle du ventricule gauche. Les parois n'en sont pas hypertrophiées.

Le ventricule gauche présente deux étages, deux loges pour ainsi dire, communiquant par une boutonnière de 14 centimètres de circonférence. La première loge est constituée par le ventricule lui-même, élargi considérablement, mais ne présentant aucune lésion. La valvule mitrale est parfaitement saine, ni rétrécie, ni insuffisante. Les parois sont très-hypertrophiées. La seconde loge est remplie d'un caillot stratifié, semblable à ceux que l'on trouve dans le sac des anévrysmes artériels.

Les diverses couches qui composent ce caillot sont unies intimement entre elles; toutefois la couche la plus interne et par conséquent la plus récente, ne présentait avec les autres qu'une adhérence médiocre.

La masse des caillots est très-fortement unie à la paroi de la poche. Après l'en avoir séparée, on constate que celle-ci a une épaisseur de 2 millimètres en moyenne. Elle est d'un tissu beaucoup plus dense que la paroi cardiaque, dans les autres points.

Le sac anévrysmal étant incisé antérieurement et vidé de son contenu, forme une cavité considérable, où se logerait facilement un œuf de dinde. Le collet de ce sac présente la forme d'une boutonnière allongée d'avant en arrière. La lèvre droite en est formée par la colonne charnue de la première espèce, postérieure droite du ventricule (celle d'où partent les cordages tendineux de la partie droite de la valvule mitrale). La lèvre

gauche de la boutonnière est bordée par une grosse colonne de troisième ordre. Le relief de ces deux colonnes se confond aux extrémités arrondies de la boutonnière, en sorte qu'elles forment un rebord ou un bourrelet continu, au niveau de l'orifice du sac. La cavité de celui-ci s'accusant très-fortement en arrière surtout, il en résulte que lorsque le sac a été ouvert par une incision antérieure, et que les lèvres de la boutonnière sont séparées ; le collet du sac ainsi développé, figure une sorte de cintre saillant au-dessous et en arrière duquel est creusée la poche anévrysmale.

Mais, outre cette cavité, il en existe une seconde. Celle-ci, au lieu de se continuer largement avec le ventricule, ne communique avec lui que par un orifice circulaire de 1 centimètre de diamètre, situé à gauche et en avant, immédiatement au-dessus du collet du premier sac. Les rebords de cet orifice sont lisses, peu saillants, et paraissent limités par des colonnes de troisième espèce. La seconde poche, beaucoup moins volumineuse que la première, est entièrement comblée de caillots fibrineux ; elle est creusée dans l'épaisseur de la paroi antérieure et latérale gauche du ventricule, et le sac en semble constitué par le dédoublement de cette paroi. Ce dédoublement se prolonge inférieurement dans l'épaisseur même de la paroi du premier anévrysme, en sorte qu'en ce point les deux cavités sont comme surajoutées, et que la paroi antérieure du premier anévrysme est formée par la paroi postérieure du second.

Au niveau de l'anévrysme la paroi du cœur est transformée en entier, en un tissu fibreux, composé de lamelles superposées, avec disparition complète des éléments musculaires.

(M. Pozzi, *Soc. anat.*, 1869, 2me série, t. XIV, p. 325.)

N° 93.—Cœur ; anévrysme faux ou par rupture de la base du ventricule gauche.

Ce cœur d'adulte a son volume ordinaire. Le ventricule gauche a été ouvert par sa face postérieure, et l'on constate qu'il existe presque immédiatement au-dessous de la valvule auriculo-ventriculaire, près du bord gauche, une ouverture à bords irréguliers d'un centimètre de diamètre. Elle traverse toute l'épaisseur de la paroi ventriculaire, et communique dans une tumeur située entièrement en dehors des parois du cœur.

Cette tumeur qui est pédiculée, a onze centimètres de diamètre vertical, et sept d'un côté à l'autre. Les parois de cette tumeur ont deux centimètres d'épaisseur et sont constituées par le péricarde refoulé, et une couche de fausses membranes. Dans la cavité, existent des caillots fibrineux disposés en couches concen-

triques et plus ou moins décolorés, suivant que l'on s'approche de la périphérie. Le ventricule gauche est hypertrophié en même temps que sa cavité est dilatée, le ventricule droit est normal.
(Professeur Corvisa rt. 1799.)

N° 94. — Modèle en cire de la pièce précédente n° 93, représentant la tumeur anévrysmale du ventricule gauche du cœur.

(Professeur Corvisart. 1799.)

N° 95. — Cœur; anévrysme de la valvule mitrale.

Sur ce cœur qui provient d'un adulte, on constate dans l'épaisseur de la valvule mitrale l'existence d'une tumeur globuleuse qui était violacée. Elle est du volume d'une cerise, et elle était pleine de sang. Cette petite tumeur contenait quelques dépôts fibrineux décolorés; elle présente sur la face interne de la valvule un petit orifice qui communique dans la cavité ampullaire qui fait relief du côté de la face externe de la valvule, et qui est elle-même perforée de deux petits orifices. Cette lésion, assez rare, a été désignée par M. Fizeau sous le nom d'anévrysme de la valvule mitrale. Pendant la vie on avait observé un double bruit de souffle avec piaulement.
(M. Hérard, *Soc. anat.*, 1850, t. XXV, p. 238.)

N° 96. — Cœur; anévrysme faux et partiel de l'oreillette gauche.

Cœur d'adulte. A la base du ventricule gauche on trouve encore la trace d'une tumeur qui a été ouverte: elle est spiroïde, et a le volume d'un petit œuf de poule. Cette tumeur, qui tient à l'oreillette par un pédicule étroit de trois centimètres de long, contenait des concrétions sanguines, décolorées et très-denses. Les parois de la tumeur sont formées par un tissu fibreux, faisant suite au tissu musculaire de l'oreillette.
(M. Michon, *Soc. anat.*, 1836, t. XXXVI, p. 11.

N° 97. — Cœur d'adulte; dilatation anévrysmale de l'oreillette gauche avec caillot.

Ce cœur provient d'une femme adulte, sur laquelle on n'a pu se procurer aucun renseignement. L'oreillette droite était remplie d'une grande quantité de sang liquide et coagulé.
L'oreillette gauche très-distendue, a dans le sens longitudinal et transversalement 80 millimètres. Une incision pratiquée sur sa

partie moyenne, montre qu'elle est remplie par une masse solide, constituée par des caillots fibrineux stratifiés; les couches très-nombreuses qui adhèrent plus ou moins intimement les unes aux autres, forment des plans parallèles au grand axe du cœur. Cette masse adhère d'une manière intime à toute la paroi interne de l'oreillette, excepté au niveau de sa surface antérieure et des orifices des veines pulmonaires. Cette adhérence est solidifiée par l'intermédiaire d'une couche épaisse de 1 à 2 millimètres, interposée entre la paroi auriculaire et la masse morbide. Elle est grisâtre, lisse à la coupe, et comme cartilagineuse. La masse fibrineuse a 40 centimètres à la base de l'oreillette, et 20 près de son entrée.

La partie du coagulum baignée par le sang est blanche et ferme, assez lisse, excepté à droite et à gauche, où elle paraissait de formation plus récente. A ce niveau elle était déchiquetée, rougeâtre et creusée de canaux qui aboutissent aux embouchures des veines pulmonaires.

La cavité, formée par la paroi antérieure de l'oreillette, et la portion de la masse qui n'adhère point à celle-ci, a la forme d'un infundibulum qui aurait pour sommet l'orifice mitral. L'auricule est remplie par une concrétion dure.

La paroi du ventricule gauche a de 8 à 10 millimètres, les valvules aortiques sont suffisantes. La paroi du ventricule droit a de 3 à 4 millimètres, l'orifice tricuspide, dont une des valvules présente une plaque fibreuse, a 130 millimètres.

(Professeur Parrot, *Soc. anat.*, 1875, 3e série, t. X, p. 392.)]

ORDRE 5.

Hypertrophie du cœur avec dilatation des cavités, sans lésions valvulaires. Atrophie.

MM. Bertin et Bouillaud ont décrit trois formes d'hypertrophie: 1° l'hypertrophie simple; 2° l'hypertrophie avec dilatation ou excentrique; 3° l'hypertrophie concentrique; cette dernière forme a été contestée par M. le professeur Cruveilhier, qui la regarde comme le résultat du genre de mort auquel a succombé le malade. La première forme, lorsqu'elle ne dépasse pas certaines limites, n'est pas en général une maladie, elle se concilie parfaitement avec l'état de santé, et son appréciation cadavérique est même le plus souvent très-difficile à déterminer: on doit à M. le professeur Bouillaud un excellent travail sur cette lésion. Il en résulte donc

que la seconde forme, l'hypertrophie avec dilatation, à laquelle Corvisart avait donné le nom d'anévrysme actif, lorsqu'elle est avec augmentation d'épaisseur des parois, est de beaucoup la plus commune et la plus appréciable. Aussi sera-t-elle la seule variété dont le Musée renferme des exemples : ce sont les nos 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104.

La dilatation du cœur avec agrandissement des cavités et amincissement des parois, anévrysme passif de Corvisart, est une lésion assez rare, sans altération valvulaire. Bertin n'en cite qu'un exemple dans son ouvrage. M. Louis affirme n'en avoir vu qu'un seul cas, et Corvisart n'en a observé que deux, dont l'un est déposé dans le Musée Dupuytren, n° 105. La pièce n° 106 est un exemple d'atrophie du cœur.

N° 98. — Cœur ; hypertrophie avec dilatation considérable de l'oreillette et du ventricule gauche, sans lésions valvulaires.

Sur ce cœur qui provient d'un adulte, l'endocarde de l'oreillette et du ventricule gauche est épaissi, chagriné. Comme on l'observe dans la généralité de ces lésions, les parois du ventricule ont légèrement augmenté d'épaisseur : elles ont environ un centimètre 1/2. La cavité est au contraire assez notablement élargie : elle a au moins 12 centimètres de diamètre dans sa partie moyenne. L'orifice aortique est sain, le cœur droit est normal.

On constate sur cette pièce, que deux artères sous-clavières gauches naissent directement de la crosse de l'aorte. Il y a une adhérence complète du péricarde, ce qui montre que ce malade a été affecté à la fois de péricardite et d'endocardite, qui sont inévitablement la cause première de la lésion du cœur.

N° 99. Cœur ; dilatation des cavités droites, avec hypertrophie des parois.

Sur ce cœur, qui provient d'un jeune homme de 18 ans, l'oreillette droite a presque le double d'étendue que dans l'état normal ; ses parois ont plus de 1 centimètre d'épaisseur. Le ventricule présente également une hypertrophie de ses parois, tandis que la cavité est restée à peu près normale. La valvule auriculo-ventriculaire est un peu épaissie et opaque, mais sans altération crétacée; elle n'a subi qu'une légère transformation fibreuse. Le ventricule gauche est normal.

(M. Bouvier. 1823.)

N° 100. — Modèle en cire d'un cœur ; hypertrophie avec dilatation des parois, adhérence complète des deux feuillets du péricarde.

Ce cœur, qui a été moulé sur un enfant de 14 ans, est recouvert d'une couche graisseuse considérable qui l'enveloppe complétement, ce qui lui donne un volume de 39 centimètres de circonférence et 22 de hauteur ; il est donc notablement hypertrophié, avec une dilatation des parois. Il existe une adhérence complète des deux feuillets du péricarde.

(Professeur Leroux, *Bull. de la Fac.*, 1810, p. 66.)

N° 101. — Cœur ; hypertrophie avec dilatation des parois des quatre cavités du cœur.

Ce cœur provient d'un adulte. Le péricarde est complétement adhérent, le cœur pesait 720 grammes; la circonférence mesurée un peu au-dessous de la base du ventricule, était de 35 centimètres, la circonférence du ventricule gauche était de 15 centimètres. Il existe une hypertrophie qui porte principalement sur les cavités droites, dont l'épaisseur paraît avoir augmenté seulement en proportion de la cavité. Les valvules auriculo-ventriculaires et ventriculo-pulmonaires sont suffisantes et saines. Comme le fait observer M. Vigla, le cœur est si bien proportionné qu'il semble plutôt appartenir à une espèce plus grande que la nôtre, qu'être le produit d'un état morbide.

(M. Vigla, *Soc. anat.*, 1837, p. 67.)

N° 102. — Cœur; hypertrophie excentrique du ventricule gauche

Sur ce cœur qui provient d'un adulte, la dilatation du ventricule gauche est très-considérable, l'épaisseur des parois étant normale : elle est d'environ 1 centimètre 1/2. La cavité a triplé de capacité : elle a de 8 à 10 centimètres de diamètre dans sa partie moyenne. Les colonnes charnues sont très-développées, les valvules aortiques et auriculo-ventriculaires sont saines. L'aorte, immédiatement au-dessus de son origine, est dilatée; elle est doublée de volume, et parsemée à sa face interne de nombreuses plaques crétacées.

(M. Saussier, 1840.)

N° 103. — Cœur ; hypertrophie du ventricule gauche.

Cœur d'adulte. La cavité du ventricule gauche présente une

dilatation très-considérable ; les parois ont 2 centimètres 1/2 d'épaisseur, et la cavité 15 de diamètre. Les valvules sont saines, les colonnes charnues sont hypertrophiées, bien détachées. L'aorte est très-dilatée, et présente de nombreux dépôts crétacés.

(M. Logerais. 1840.)

N° 104. — Cœur ; anévrysme passif.

Cœur d'un homme de 27 ans qui a été fortement distendu par une matière à injection, qui ne permet plus de constater la disposition des orifices ni l'épaisseur des parois des cavités.

La dilatation qui porte sur les deux cavités droites du cœur est considérable, tandis que les cavités gauches sont normales. La dilatation des cavités droites a aminci les parois de ces cavités à un tel point, que l'oreillette était convertie en une espèce de membrane mince, transparente, et que le ventricule avait tout au plus l'épaisseur qu'ont ordinairement les oreillettes.

Le ventricule droit, considérablement détendu, présente une circonférence de 47 centimètres, sur 18 de hauteur. L'oreillette correspondante a une circonférence de 55 centimètres et 8 de hauteur.

(M. Fleury, *Bull. de la Fac.*, t. I, p. 112 et 124, 1807.)

N° 105. — Cœur ; dilatation très-considérable du ventricule gauche.

Cœur d'adulte sur lequel on observe une dilatation très-considérable du ventricule gauche, tandis que les parois ont conservé à peu près et relativement leur épaisseur. Ces parois sont cependant un peu amincies vers le sommet, où elles n'ont plus guère qu'un centimètre; vers la base du ventricule, elles ont 1 centimètre 1/2. Les valvules aortiques sont hypertrophiées; l'une d'elles présente même des dépôts crétacés et est perforée d'une petite ouverture. Il a existé un endocardite ulcéreuse.

(Professeur Corvisart.)

N° 106. — Cœur d'un adulte; atrophie.

Cet homme est mort des suites de l'ulcération d'un carcinome. Le cœur, qui est très-atrophié, présente à peine le volume d'un cœur d'enfant de six ans.

(M. Barth, 1840.)

ORDRE 6.

Kystes et polypes du cœur.

Un très-petit nombre de pièces du Musée. Six se rapportent à cet ordre de lésion, mais quelques-unes sont du plus grand intérêt. La pièce n° 107 est un exemple de kyste des parois du ventricule gauche. Celle n° 108 est un exemple de kyste hydatique de la cloison inter-ventriculaire. Les pièces n^os^ 109 et 110 sont des exemples très-rares de polypes, de vrais polypes fibreux du cœur; sur ces deux pièces, comme dans les deux ou trois cas consignés dans la science, c'est dans l'oreillette que se fait l'insertion du polype, par un pédicule étroit et toujours au niveau du trou de Botal. Ce polype descend dans l'orifice auriculo-ventriculaire gauche qu'il rétrécit. Je me demande et je crois que ces polypes sont des exemples de cicatrice végétante du trou de Botal, une véritable chéloïde de cette cicatrice. Deux autres pièces, n^os^ 111 et 112, improprement appelées polypes, sont des concrétions fibrineuses du cœur.

N° 107. — Cœur ; kyste des parois du ventricule gauche.

Sur ce cœur d'adulte, on constate dans l'épaisseur du ventricule gauche, sur la face postérieure, un kyste arrondi de 4 centimètres de diamètre. Ce kyste contenait une matière comme butyreuse, il faisait une légère saillie à la surface interne du cœur. A l'intérieur du cœur, on rencontre une pièce osseuse qui semble partir de la zone auriculo-ventriculaire, et dont un des embranchements fait saillie dans le kyste. Le kyste est tapissé par une membrane fibro celluleuse, rugueuse par sa face interne et très-adhérente au tissu du cœur par l'externe. La totalité du kyste est recouverte par une couche de tissu musculaire, le ventricule est normal, la valvule mitrale est un peu épaissie.

Cette pièce nous intéresse surtout par le siége de ce kyste qui se trouve logé, comme dans le fait rapporté par M. Andral, dans l'épaisseur des parois du ventricule gauche ; ces kystes sont ordinairement développés en dehors de la substance musculaire.

(M. d'Astros. 1811.)

N° 108. — Cœur ; kyste hydatique de la cloison interventriculaire.

Sur ce cœur, qui a été recueilli sur un adulte, on constate l'existence d'un kyste hydatique de la cloison interventriculaire qu'il soulève. La tumeur qui a le volume d'une grosse noisette, proémine dans le ventricule droit, au-dessous de la valvule tricuspide, de sorte que le jeu de cette valvule n'était point trop gêné. La cavité qui contenait des débris d'hydatides, est plissée et en voie de régression. Une tumeur analogue existait dans le foie. Pendant la vie, aucun symptôme n'avait fait soupçonner la présence de cette tumeur.

(M. Bourceret, *Soc. anat.*, 1873, 2me série, t. XVIII, p. 257.)

N° 109. — Cœur : polype fibreux du cœur.

Cet homme, qui est mort à 47 ans, fut pris, à l'âge de 30 ans, sans cause connue, de dyspnée, de toux accompagné de violentes palpitations, qui l'obligèrent d'interrompre son métier de chaudronnier.

Dix-sept ans après, à son entrée à l'hôpital où il ne fit qu'un court séjour, on constata les symptômes suivants, que je donne assez en détail à cause de l'importance du fait.

La respiration était courte, profonde, comme saccadée, le thorax était partout résonnant, l'expansion pulmonaire normale, sans mélange d'aucun bruit. Le pouls était fréquent, irrégulier, intermittent, la région du cœur était mate dans une grande étendue, les pulsations peu appréciables à la main. A l'auscultation et à la pointe du cœur, on percevait les deux bruits, la systole était sourde, avec impulsion forte ; elle s'arrêtait quelquefois brusquement, pour s'accomplir après un léger intervalle, par une sorte de saccade convulsive ; il semble, comme le disait Laennec, qu'un ressort soit placé derrière le cœur qui, instantanément débandé, vienne soulever cet organe contre les parois thoraciques. Entre les deux bruits, on percevait, à la pointe du cœur, un bruit de frottement sec et rugueux. La diastole se faisait entendre dans toute la région précordiale, le bruit était sec et retentissant. Le 12 janvier, 18 jours avant la mort, on percevait un bruit de frottement vers le bord spinal de l'omoplate gauche ; on le rencontrait encore dans l'artère pulmonaire, le tronc brachio-céphalique, la crosse de l'aorte. L'âpreté de ce bruit surpassait celle du bruit de râpe. Vers la fin, la toux était convulsive et ne laissait point de repos au malade.

Le péricarde adhérait à la plus grande partie de la face antérieure du cœur, qui est augmenté de volume. L'oreillette droite est

dilatée ; l'oreillette gauche, agrandie d'un tiers, contenait, comme la droite, un caillot sanguin au centre duquel se remarquait un corps pyriforme qui est le polype.

Ce polype, du volume d'un petit œuf de poule, est situé dans l'oreillette gauche qui est dilatée ; il est lisse à sa surface, arrondi et fortement pédiculé. Son pédicule, qui a environ 1 centimètre de diamètre, adhère au centre de la cicatrice du trou de Botal et je ne serais pas disposé à considérer ces tumeurs comme le résultat d'une cicatrice végétante du trou de Botal, d'une chéloïde. La base de ce polype, libre d'adhérence, correspond au bord libre de la valvule mitrale qu'elle ne dépasse point. La tumeur est donc complètement renfermée dans l'oreillette dilatée.

Les deux ventricules sont hypertrophiés et dilatés, les colonnes charnues plus saillantes, et les parois ont 1 centimètre 1/2 d'épaisseur.

(M. Choisy, *Soc. anat.*, 1833, t. VIII, p. 65.)

N° 110. — Cœur ; polype fibreux, situé dans l'oreilette gauche et dans l'orifice auriculo-ventriculaire qu'il rétrécissait.

Cœur d'une femme de 36 ans. C'est à l'âge de 33 ans que les premiers phénomènes de la lésion du cœur ont apparu. Cette femme éprouva à cette époque des battements du cœur d'abord faibles, peu gênants ; mais ils ne tardèrent point à prendre un développement considérable et rendirent la marche pénible ; il se manifesta une gêne de la respiration : le pouls était petit et régulier. A son premier séjour à l'hôpital, on diagnostiqua un rétrécissement mitral.

Plus tard survint de la toux, un œdème des membres inférieurs et du ventre, qui obligea la malade à entrer pour une seconde fois à l'hôpital. On constata alors que l'oppression, peu considérable quand la malade ne bouge pas, devient très-vive aussitôt qu'elle veut marcher. La région précordiale donnait une matité qui a 7 centimètres de haut en bas, et 9 de droite à gauche, à partir du bord du sternum. La pointe du cœur battait dans le sixième espace intercostal et il existait à ce niveau un frémissement cataire très-prononcé. A l'auscultation on constata une impulsion énergique des battements du cœur, qui soulevaient la tête. Les battements étaient sourds. A la pointe, le deuxième bruit du cœur était entendu nettement, sans souffle ; le premier était couvert par un souffle râpeux qui avait son maximum à la pointe, et diminuait graduellement en remontant vers la base et dans l'aorte ; il disparaissait dans les artères du cou. Le pouls était régulier, mais si faible aux radiales, qu'il était impossible de le compter. Aux artères humérales, il était filiforme et paraissait battre 72 fois par minute. On diagnostiqua un rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche.

A l'autopsie on a trouvé dans le péricarde un verre de sérosité citrine. Les cavités droites sont normales. L'oreillette gauche avait 4 millimètres d'épaisseur et contenait un sang noir au milieu duquel était le polype. La valvule mitrale est exempte de toute altération. Le polype se présente sous la forme d'une masse ovoïde, dont la grosse extrémité est tournée en haut ; il adhère à la cicatrice du trou de Botal par un pédicule solide, résistant, de 1 centimètre 1/2 de longueur. Son extrémité inférieure plonge dans l'orifice auriculo-ventriculaire, qu'elle rétrécissait. Ce polype, qui est fibreux, est ferme, dense; il est lisse, enveloppé de toutes parts par une membrane mince qui était transparente, facile à séparer de la tumeur; cette membrane se continue avec l'endocarde. Sur la coupe, on peut constater qu'il est constitué par une masse fibreuse, disposée en lamelles que circonscrivent des aréoles qui contenaient un sang noirâtre.

Voici quelques mesures qui donneront une idée du volume et de la position précise de ce polype.

1° Circonférence horizontale	1° Au-dessus du pédicule.	0,105mm
	2° Au niveau	0,100
	3° Au-dessous.	0,109
2° Circonférence verticale		0,150
3° Longueur de haut en bas		0,060
4° Largeur de droite à gauche		0,045
5° Du bord inférieur du pédicule au bord adhérent de la valvule mitrale.		0,004
6° Du bord inférieur du pédicule à l'extrémité inférieure de la tumeur.		0,027
7° Saillie dans le ventricule		0,023

(M. Caron, *Soc. anat.*, 1854, t. XXIX, p. 77.)

N° 111. Cœur; concrétions fibrineuses des cavités ventriculaires.

Cœur d'adulte dont les deux cavités ventriculaires sont presque remplies par des concrétions fibreuses décolorées qui pénètrent les mailles formées par les colonnes charnues.

(M. Barth. 1854.)

N° 112. — Cœur; concrétions fibrineuses des cavités ventriculaires.

Cœur d'adulte dont les deux cavités ventriculaires sont en grande partie remplies par des caillots fibrineux, décolorés, qui pénètrent les mailles des colonnes charnues, ce qui leur constitue un mode d'adhérence.

ORDRE 7.

Gangrène, tubercules et cancers du cœur.

Huit pièces seulement se rapportent à cet ordre de lésions. La pièce n° 113 est un exemple d'oblitération étendue de l'artère coronaire postérieure ; elle a déterminé une gangrène du cœur. Celle n° 114 est un exemple de tubercule situé à l'origine de l'aorte et de l'artère pulmonaire, qui comprimait les deux vaisseaux. Les pièces n°s 115, 116, 117, 118, 119 et 120 sont des exemples de cancers du cœur.

N° 113.— Cœur ; oblitération de l'artère coronaire postérieure par un caillot.

Cette pièce provient d'une femme de 50 ans, qui avait des antécédents syphilitiques, elle a succombé à une albuminurie avec gangrène du cœur. A la base du ventricule droit du cœur, il existait, au moment de l'autopsie, une teinte d'un gris verdâtre qui a disparu par le séjour dans l'alcool. Cette plaque, d'une étendue de 2 centimètres carrés, occupait presque toute l'épaisseur de la paroi ventriculaire. A ce point le tissu du cœur était ramolli, il se déchirait à la moindre traction, et il est vraisemblable que si la malade eût vécu, il se serait produit une rupture du cœur.

L'artère coronaire postérieure est oblitérée dans la plus grande partie de son étendue ; l'oblitération commence à un demi-centimètre de l'embouchure de ce vaisseau. Son canal est rempli par un caillot adhérent, ferme et déjà décoloré. Cette femme, pendant les derniers temps de sa vie, avait présenté une respiration anxieuse.

(Prof. Cruveilhier, *Soc. anat.*, 1850, p. 167.)

N° 114. — Cœur ; masse tuberculeuse du volume d'une grosse noisette, developpée entre l'artère pulmonaire et l'aorte.

Sur ce cœur d'adulte, existe une masse tuberculeuse qui siége au niveau de l'origine des gros vaisseaux, immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes de l'aorte. L'aorte, à son origine, est fortement comprimée, aplatie, et contient à son intérieur un petit caillot fibrineux. Le ventricule gauche est légèrement dilaté, mais sans hypertrophie ; le droit est normal.

(M. Lebret.)

N° 115. — Cœur; cancer.

Ce cœur provient d'un adulte. Le ventricule est ouvert verticalement et l'on voit, dans l'épaisseur des parois, plusieurs tumeurs parfaitement circonscrites, dont deux ont le volume d'une petite noisette. Ces tumeurs ont été déposées dans le Musée comme des exemples de cancers du cœur. Les autres viscères ne contenaient aucune trace de cancer.

N° 116. — Cœur; cancer.

Ce cœur provient d'une femme de 41 ans. Pendant la vie on avait constaté, outre les symptômes d'un cancer du foie, qu'à l'auscultation il existait à la base du cœur un bruit de souffle coïncidant avec le premier temps : le timbre en était légèrement râpeux.

A l'autopsie, on a trouvé une large plaque laiteuse située sur la face postérieure du ventricule gauche, et l'on peut voir sur ce cœur, qu'il existe une dégénérescence cancéreuse des parois ventriculaires et de la cloison inter-ventriculaire. L'altération porte sur les fibres musculaires. Les valvules sont saines et suffisantes.

(M. Nicoreau, *Soc. anat.*, 1868, 2me série. t. XIII, p. 297.)

N° 117. — Modèle en cire d'un cancer du cœur.

Ce cœur provient d'un enfant de 11 ans : il est d'un tiers plus volumineux que celui d'un enfant de cet âge. Le ventricule droit est converti presque en entier, en une substance cancéreuse. Le ventricule gauche est le siége d'une altération bien moins avancée : elle est bornée à la couche superficielle. Une grande partie des fibres musculaires est encore saine, il en est de même pour la cloison inter-ventriculaire ; les oreillettes étaient également saines. M. Ségalas n'a pas vu le malade, il a su seulement que l'on avait reconnu l'existence d'une affection du cœur, mais sans pouvoir la préciser. Les autres viscères présentaient bien, pour la plupart, des traces d'inflammation assez intenses, mais aucun n'était cancéreux.

(M. Ségalas, *Rev. méd.*, 1825, t. IV, p. 247.)

N° 118. — Modèle en cire d'un cancer du cœur.

Cette pièce provient d'un adulte; la presque totalité des parois ventriculaires est convertie en un tissu cancéreux. L'altération se présente sous la forme de masses isolées, entre lesquelles on aperçoit à peine quelques traces de fibres musculaires.

(M. Rullier, *Bull. de la Fac.*, 1806, p. 30.)

N° 119. — Modèle en cire d'un masse cancéreuse qui occupe à la fois le poumon, l'oreillette droite du cœur et l'origine de l'artère pulmonaire.

(M. Rullier, *Bull. de la Fac.*, p. 180.)

N° 120. — Cœur ; cancer mélanique.

Ce cœur provient d'un homme de 28 ans qui était affecté de tumeurs mélaniques. Cet homme avait subi l'extirpation de l'œil droit pour une tumeur mélanique qui a récidivé sur place, et à l'autopsie on trouva des tumeurs analogues dans presque tous les viscères. Il en existait dans les poumons, le foie et la colonne vertébrale.) (N° 452 *c* du système osseux.)

Le cœur présente dans l'épaisseur de ses parois et sur les colonnes charnues des ventricules, de petites tumeurs arrondies, noirâtres, de volume variable, qui contiennent de la matière mélanique. Le rein gauche présentait à sa superficie une petite tumeur noire.

(M. Campana, *Soc. anat.*, 1857, 2^{me} série, t. II, p. 293.)

CHAPITRE II

Lésions des artères.

Le Musée renferme deux cent vingt-six pièces de lésions des artères, du n° 121 au n° 343 inclusivement. Il importe d'établir un certain nombre de divisions ou d'articles, qu faciliteront l'étude des pièces. Ces subdivisions ne seront pas toujours très-naturelles, mais elles auront cependant un but, celui de faciliter la recherche des pièces dans le Musée. J'établirai douze articles, à savoir :

1° Expériences sur les ligatures des artères faites chez les animaux ;

2° Ligatures des artères chez l'homme ;

3° Artérite ombilicale chez les enfants ;

4° Rupture, rétrécissement et oblitération de l'aorte et de l'artère pulmonaire ;

5° Plaques athéromateuses et dilatation de l'aorte ;

6° Anévrysmes de la crosse de l'aorte ;

7° Anévrysmes de la portion thoracique de l'artère aorte ;

8° Anévrysmes kysteux de la crosse de l'aorte ou de l'aorte thoracique, qui s'ouvrent dans une cavité normale;

9° Anévrysmes doubles de la crosse de l'aorte, ou à la fois de l'aorte thoracique et abdominale.

10° Anévrysmes de l'aorte abdominale ;

11° Anévrysmes des artères viscérales de l'abdomen, du cerveau et des divers membres.

12° Anévrysmes artérioso-veineux.

ARTICLE PREMIER.

EXPÉRIENCES SUR LES LIGATURES DES ARTÈRES FAITES CHEZ LES ANIMAUX.

Les pièces relatives à ces expériences sont au nombre de 22, du n° 121 au n° 142 inclusivement; elles sont dues à M. Notta qui en a publié le résultat dans sa thèse et dans les Mémoires de la Société de chirurgie. L'animal a été sacrifié depuis deux minutes après l'opération, jusqu'à quatre mois après. Voici les conclusions principales auxquelles s'est arrêté M. Notta et que semblent justifier ces pièces. 1° Les premiers rudiments du caillot sont fournis par la fibrine du sang, qui adhère aux lèvres de la division, et il n'est nullement nécessaire, comme l'a indiqué M. Manec, d'une lymphe coagulable pour souder la fibrine. Cette première conclusion me paraît laisser beaucoup encore à désirer, la nature de ce travail ne me permet pas de la discuter ici. 2° La formation du caillot n'est donc par le résultat d'un phénomène inflammatoire avec son produit d'exsudation, mais bien de la diminution du mouvement du sang dans le vaisseau oblitéré. 3° Un caillot de deux à trois millimètres, n° 144 à 145, suffit pour s'opposer à toute hémorragie. 4° La hauteur du caillot est bornée aux collatérales quel qu'en soit le volume. 5° Le caillot, contrairement aux idées de Jones et de M. Amussat, adhère lorsqu'il n'existe pas de collatérale, à tout le pourtour des parois du vaisseau, n°s 144, 150. 6° Une fois formé le caillot ne se vascularise jamais, il ne disparaît pas non plus par absorption comme l'ont pensé certains auteurs. 7° Le vaisseau et le caillot baignant dans une suppuration abondante, peuvent se détruire; la destruction peut même, n°s 162 et 164, être plus rapide pour le caillot que pour les tuniques artérielles, et exposer ainsi aux hémorrhagies secondaires. 8° Les membranes moyennes et internes coupées par la ligature se renversent en dedans, n°s 143, 144.

N° 121. — Artère carotide d'un mouton, coupée en travers; l'animal est mort au bout de deux minutes.

A l'extrémité de l'artère est un caillot fusiforme dont la partie

moyenne, plus renflée, répond à l'extrémité du vaisseau. En introduisant un stylet très-fin dans l'artère, on le fait sortir par l'extrémité libre du caillot, qui est creusé d'un petit canal central ; le caillot incisé, on voit qu'il est contenu dans les mailles de la couche la plus interne de la gaine artérielle. A 8 ou 10 millimètres de son extrémité libre, se trouve l'extrémité béante du vaisseau. Au-dessus, le caillot remonte en diminuant insensiblement sur la surface externe de l'artère jusqu'à une hauteur de 1 centimètre, entre la tunique externe et la couche la plus interne de la gaine.

(M. Notta.)

N° 122. — Artère carotide d'un mouton, coupée en travers ; mort au bout d'une minute et demie.

Le caillot présente la même disposition que sur la pièce n° 121 ; seulement il a été fendu suivant son axe, de dehors en dedans. On voit que la portion du caillot qui fait suite à l'artère, est adhérente à toute la surface de section des trois tuniques artérielles. Celles-ci sont coupées au même niveau, l'orifice est béant et n'est aucunement contracté.

(M. Notta.)

N° 123. — Ligature de la carotide droite sur un cheval atteint de farcin chronique ; l'animal est mort quatre jours et demi après l'opération.

L'artère a été isolée dans une étendue de 6 centimètres. La ligature a été faite avec un fil simple, puis on a rapproché les deux lèvres de la plaie avec un point de suture. L'artère, dans toute l'étendue de sa dénudation, est entourée d'une couche de fibrine coagulée d'un gris rougeâtre, ayant 6 millimètres d'épaisseur dans la demi-circonférence antérieure du vaisseau, et 15 millimètres d'épaisseur dans la demi-circonférence postérieure ; elle recouvre complétement la ligature. Les tuniques internes sont recourbées à angle presque droit, comme chez l'homme, et ferment la lumière du vaisseau.

Bout supérieur ou périphérique. Il renferme un petit caillot rouge, mou, de 1 centimètre de longueur, ne remplissant le calibre du vaisseau qu'à sa base, dans une hauteur de 2 millimètres. Dans le reste de son étendue il est grêle, aplati, accolé par une de ses faces à la membrane interne. Vers le milieu de sa hauteur est une petite collatérale qui permet l'introduction d'un stylet fin.

Bout inférieur ou cardiaque. Il renferme un caillot de 13 mil-

limètres de hauteur, ferme, remplissant tout le calibre du vaisseau, adhérant dans sa moitié inférieure, se terminant par une surface libre, oblique, du milieu de laquelle partent quelques prolongements fibrineux, rougeâtres, mous. Près de cette extrémité libre est une collatérale perméable, admettant dans sa cavité un stylet ordinaire. Si on examine la coupe du caillot, on voit que son centre et que sa base sont constitués par une matière fibrineuse d'un rouge brun, dense, un peu moins cependant que la partie supérieure, qui est constituée par une couche homogène, d'une blancheur transparente très-distincte, se prolongeant un peu sur les parties latérales. Les parois artérielles ne sont pas épaissies ni vascularisées.

(M. Notta, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. IV, p. 479.)

N° 124. — Artère carotide gauche d'un chien de berger ; ligature de la carotide. L'animal a été sacrifié six jours après

L'artère a été dénudée dans une étendue de 1 centimètre, deux ligatures ont été appliquées à 1 centimètre de distance, section intervallaire du vaisseau; la plaie extérieure n'a pas été réunie.

L'intervalle qui sépare les deux bouts de l'artère est de 35 millimètres ; dans cette étendue, la gaîne artérielle était pleine de pus qui communiquait au dehors par la plaie.

Bout inférieur ou cardiaque. La ligature tient encore, les tuniques internes sont incurvées de manière à oblitérer le vaisseau. Caillot fibrineux cylindrique de 1 centimètre de long, adhérent seulement par sa base aux tuniques internes, libre dans le reste de son étendue, remplissant à peine la moitié du calibre de l'artère. Dans le reste de son trajet elle ne renferme pas de caillot. A 4 millimètres au-dessus de la ligature dans le canal formé par la gaîne et décrit plus haut, est l'extrémité du vaisseau blanchâtre, aplatie, mortifiée et coupée par la ligature.

Bout supérieur ou périphérique. La ligature a coupé les trois tuniques et tient encore à l'extrémité du vaisseau; l'artère renferme un caillot de 15 millimètres de long, grêle, cylindrique, un peu moliniforme. Ce caillot qui n'est pas adhérent, déborde l'extrémité du vaisseau de 2 millimètres. Il semble avoir été chassé par l'effort du sang, et être retenu dans cette position par les parois de l'artère qui, légèrement incurvées et en partie cicatrisées, rétrécissent la lumière du vaisseau A l'extrémité de ce caillot, on trouve dans la gaîne artérielle, l'extrémité du vaisseau mortifiée et coupée par le fil.

(M. Notta, *Mém. de la Soc. de chir.* t. IV, p. 513.).

N° 125. — Carotide droite d'un chien de berger. L'artère a été dénudée dans une étendue d'un centimètre, une seule ligature a été appliquée. L'animal a été sacrifié six jours après.

Il y a entre les deux bouts du vaisseau un intervalle de 12 millimètres. Dans cette étendue, on trouve la gaîne de l'artère en suppuration, communiquant avec une sorte de sac muqueux, formé par la division faite aux parties molles et ne communiquant plus à l'extérieur que par un pertuis, à cause de la réunion des couches les plus superficielles. Le bout inférieur porte la ligature, et dans ce point, la gaîne est plus enflammée et plus large, tandis qu'elle se rétrécit vers le bout supérieur et est presque complétement oblitérée à son extrémité.

Bout inférieur ou cardiaque. Il renferme un caillot de 6 millimètres de long, cylindrique, adhérent seulement par sa base, remplissant à peine la moitié du calibre du vaisseau.

Bout supérieur ou périphérique. Il présente un caillot irrégulier de 4 millimètres de longueur, adhérent seulement à sa base.

A chacune des deux extrémités de l'artère, les membranes sont incurvées et soudées, de manière à fermer la lumière du vaisseau.

(M. Notta, *Mém. Soc. de Chir.*, t. IV, p. 514.)

N° 126. — Ligature de l'artère carotide droite d'un chien, qui a été sacrifié 6 jours après.

Les deux bouts du vaisseau sont séparés par un intervalle de 8 millimètres. Cet intervalle est constitué par la gaîne artérielle épaissie, qui était en suppuration.

Bout supérieur ou périphérique. Il n'existe point de caillot, les trois tuniques incurvées presque à angle droit ferment la lumière; elles ont conservé leur épaisseur normale.

Bout inférieur ou cardiaque. Il renferme un caillot de 17 millimètres de longueur remplissant le calibre du vaisseau ; il adhère dans une étendue de 14 millimètres.

M. Notta, *Mém. Soc. de Chir.*, t. IV, p. 495.)

N° 127. — Carotide gauche du même chien que la pièce précédente, n° 126.

L'intervalle qui sépare les deux bouts du vaisseau est de 25 millimètres, et le tissu cellulaire ambiant est enflammé, dur, lardacé.

Bout supérieur ou périphérique. Il renferme un caillot conique

qui a 3 centimètres de longueur, et adhère dans une étendue de 15 millimètres. Sa base était ramollie dans une longueur de 2 millimètres, et, dans la même étendue, les tuniques artérielles sont sphacelées.

Bout inférieur ou cardiaque. Il a entraîné avec lui le fil qui est encore adhérent en un point et est renfermé dans la gaîne. Caillot de 33 millimètres de longueur, très-adhérent dans une longueur de 24 millimètres. Il diminue insensiblement de volume depuis sa base jusqu'à sa pointe qui est dirigée du côté du cœur. Il est dur, homogène, d'un rouge brun; les tuniques artérielles sont sphacelées dans une hauteur de 3 millimètres au niveau de sa base qui baignait dans le pus de la gaîne. Au-dessous, elles ont conservé leur coloration et leur épaisseur normales.

(M. Notta, *Mém. Soc. de Chir.*, t. IV, p. 495.

N° 128. — Artère fémorale droite d'un chien de moyenne taille; deux ligatures ont été placées à un centimètre de distance.

Le vaisseau a été coupé dans leur intervalle, et l'animal a été sacrifié dix jours après l'opération. Il existe entre les deux bouts du vaisseau un intervalle de 3 centimètres, et la gaîne de l'artère était en pleine suppuration.

Bout supérieur ou cardiaque. Dans une longueur de 6 millimètres, les parois de l'artère étaient baignées par du pus; elles étaient jaunâtres et mortifiées. Cette partie du vaisseau ne contenait point de pus. Au-dessus existait un caillot qui a été détruit.

Bout inférieur ou périphérique. Il renferme un caillot homogène très-adhérent, et qui remplit tout le calibre de l'artère, dans une longueur de 1 centimètre. Il se termine par une pointe qui est libre, et cesse au niveau d'une collatérale qui est volumineuse. Sa base était en contact avec le pus contenu dans la gaîne.

(M. Notta, *Mém. Soc. de Chir.*, t. IV, p. 497.)

N° 129. — Fémorale gauche d'un chien de forte taille, ligature; cette artère n'a été dénudée que dans une longueur de deux millimètres. L'animal a été sacrifié 11 jours après la ligature.

Cinq jours après la ligature, à la suite d'un mouvement brusque que fit le chien, il survint une hémorrhagie; une trombose considérable s'est faite autour de l'artère.

Bout supérieur ou cardiaque. Il existe un caillot long de 2 millimètres, très-adhérent, qui remplit le calibre du vaisseau. De son extrémité supérieure, part un prolongement filiforme de 3 centimètres de long. Au niveau de l'origine de ce prolongement est

une collatérale qui admet à peine un stylet d'Anel. La base du caillot baignait dans le pus, et cesse au même niveau que les trois tuniques.

Bout inférieur ou périphérique. Il présente un caillot fibrineux, adhérent de 4 millimètres de hauteur.

(M. Notta, *Mém. soc. de Chir.*, t. IV, p. 511.)

N° 130. Artère fémorale droite du même chien que la pièce précédente ; ligature.

L'artère a été dénudée dans une étendue d'au moins 15 millimètres. Les deux bouts sont séparés par un intervalle de 8 millimètres.

Bout supérieur ou cardiaque. Caillot conique de 8 millimètres de hauteur, adhérent dans presque toute son étendue. La première collatérale que l'on rencontre au-dessus de lui, est à 12 millimètres et est volumineuse.

Bout inférieur ou périphérique. Le caillot a 3 millimètres de hauteur, il est adhérent. La gaine artérielle est cicatrisée auprès de l'extrémité de chacun des bouts de l'artère.

(M. Notta, *Mém. Soc. de Chir.*, t. IV, p. 511.)

N° 131. — Ligature de l'artère fémorale gauche d'un chien de berger. L'animal a été sacrifié 14 jours après.

Cette artère a été dénudée dans une étendue de 1 centimètre 1/2; deux ligatures ont été appliquées à 1 centimètre de distance, section intervallaire.

La plaie extérieure forme l'orifice d'un trajet fistuleux de 35 millimètres de longueur, qui conduit directement sur le siége de la ligature. Dans ce point, il s'élargit et s'abouche dans la gaîne artérielle enflammée, aux deux extrémités de laquelle on trouve chacun des bouts du vaisseau distants, l'un de l'autre de 2 centimètres.

Bout supérieur ou cardiaque. Le caillot est homogène, dense, adhérent. Au-dessus de son extrémité supérieure, existe une petite collatérale. Le bout inférieur du caillot cesse au même niveau que les tuniques artérielles, et baignait dans le pus qui remplissait la gaîne.

Bout inférieur ou périphérique. Les tuniques internes sont incurvées et forment la lumière du vaisseau ; il existe un petit caillot adhérent de 3 millimètres de longueur. A quelque distance de son extrémité libre, est une petite collatérale.

(M. Notta, *Mém. Soc. de Chir.*, t. IV, p. 515.)

N° 132. — Artère fémorale droite du même chien que la pièce précédente, n° 131 ; ligature.

Le trajet fistuleux, qui était étroit, long de 6 centimètres, arrivait sur l'extrémité inférieure du caillot. Cette pièce est dans un mauvais état de conservation.

(M. Notta, *Mém. Soc. de Chir.*, t. IV, p. 515.)

N° 133. — Artère carotide droite d'un chien de forte taille ; ligature L'artère a été dénudée dans une étendue d'un centimètre.

Deux ligatures ont été placées à 1 centimètre de distance : le vaisseau a été coupé entre les deux ; l'animal a été sacrifié 18 jours après l'opération.

Les deux bouts de l'artère, distants de 15 centimètres, sont réunis dans cette étendue par la gaîne, sans ligne de démarcation apparente. Mais, après une incision longitudinale, on reconnaît les parois de la gaîne épaissie, qui sécrétaient du pus à leur face interne. Sur la gaîne, et communiquant avec sa cavité, vient s'implanter par son sommet une sorte de canal aplati, ayant la forme d'un tronc de cône dont la base repose sur la cicatrice où il s'ouvre par trois orifices fistuleux.

Bout inférieur ou cardiaque. Son extrémité, dans une longueur de 1 centimètre 1/2, est béante et était pleine de pus ; elle est en communication directe avec la gaîne. Dans cette étendue, les parois artérielles sont épaissies ; la membrane interne, un peu ramollie, a perdu son poli. Au-dessous, se trouve un caillot fibreux, homogène, remplissant le calibre de l'artère et lui adhérant dans une longueur de 1 centimètre, puis se terminant par une extrémité conique. Sa base était baignée par le pus renfermé dans l'artère. A partir de son origine jusqu'au caillot, dans une longueur de 9 centimètres, l'artère, quoique très-perméable, est revenue sur elle-même.

Bout supérieur ou périphérique. Les tuniques internes sont incurvées de manière à oblitérer la lumière du vaisseau ; il renferme un caillot de 3 centimètres de hauteur, adhérent dans presque toute son étendue.

(M. Notta, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. IV, p. 497.)

N° 134. — Carotide gauche d'un chien de berger de forte taille ; ligature ; l'animal a été sacrifié vingt-neuf jours après l'opération.

Les deux bouts de l'artère sont distants l'un de l'autre de

23 millimètres ; ils sont réunis par la gaîne qui les continue sans ligne de démarcation apparente. Sur elle vient se greffer une sorte de kyste aplati, à parois minces, venant se terminer, d'une part, à la cicatrice de la peau, et, par l'autre extrémité, il communique librement avec la gaîne de l'artère.

Bout inférieur ou cardiaque. Il a 14 centimètres de longueur, il est revenu sur lui-même. Dans une étendue de 4 centimètres existe un caillot adhérent, qui augmente de volume en se rapprochant de la ligature.

Bout supérieur ou phériphérique. Les membranes internes sont incurvées et coiffent un caillot homogène, très-adhérent dans une hauteur de 3 millimètres, puis remontant dans l'artère dans une longueur de 5 centimètres. Cette dernière partie adhère seulement dans quelques points, et présente çà et là des renflements qui lui permettent de remplir la cavité du vaisseau.

(M. Notta, *Mém. Soc. de chir.*, t. IV, p. 491.)

N° 135. — Artère fémorale droite d'un chien de berger de forte taille; ligature. L'animal a été sacrifié 33 jours après l'opération.

Les deux bouts de l'artère sont unis par la gaîne qui est épaissie; l'écartement des deux bouts est de 7 millimètres au plus. Sur la gaîne vient s'implanter un petit kyste, qui s'insérait d'autre part à la peau entièrement cicatrisée.

Bout supérieur ou cardiaque. Il a conservé son calibre et renferme un caillot homogène, adhérent. A la partie supérieure existe un prolongement qui se termine, en forme de massue, à 2 millimètres au-dessous d'une collatérale. Il est libre dans la cavité du vaisseau.

Bout inférieur ou périphérique. Il renferme un caillot très-adhérent, gros comme une tête d'épingle. De ce caillot part un prolongement filiforme, dans une étendue de 5 millimètres, adhérent à une des parois du vaisseau, puis augmentant tout à coup de volume et remplissant le calibre de l'artère, à laquelle il n'adhère que dans quelques points, dans une longueur de 3 centimètres. Ce caillot cesse brusquement au niveau d'une grosse collatérale.

(M. Notta, *Mém. Soc. de chir.*, t. IV, p. 485.)

N° 136. — Artère fémorale gauche d'un chien de berger de forte taille; ligature. L'animal a été sacrifié 40 jours après l'opération.

Les deux bouts de l'artère sont distants l'un de l'autre de 1 centimètre. Tous les deux cessent brusquement, sans changement

de calibre bien sensible. Dans leur intervalle, on remarque une petite membrane jaunâtre, celluleuse, aplatie, ayant une forme irrégulièrement circulaire, à travers laquelle on voit par transparence le fil de la ligature.

Bout supérieur ou cardiaque. Il renferme un caillot de 8 millimètres de hauteur, remplissant tout le calibre du vaisseau, et lui adhérant intimement. De son sommet part un petit caillot libre, en forme de massue, à base dirigée en haut, et se terminant au niveau d'une collatérale dans laquelle on peut introduire un stylet.

Bout inférieur ou périphérique. Les membranes internes incurvées, ferment sa lumière et viennent s'accoler à un caillot qui, filiforme d'abord, augmente 5 millimètres plus loin graduellement de volume, et finit par remplir le calibre du vaisseau. Ce caillot est très-adhérent en plusieurs points ; sa longueur totale est de 25 millimètres.

(M. Notta, *Mém. Soc. de chir.*, t. IV, p. 495.)

N° 137. Artère carotide gauche d'un chien de moyenne taille ; ligature. L'animal a été sacrifié 52 jours après l'opération.

Il existe un intervalle de 2 centimètres entre les bouts de l'artère.

Bout supérieur ou cardiaque. Il est revenu sur lui-même, mais très-perméable dans une longueur de 6 centimètres, à partir de son origine. Au-dessus, il est rempli dans une longueur de 1 centimètre, par un caillot dense, noirâtre, homogène, très-adhérent, qui distend le vaisseau et lui conserve son volume primitif.

Bout supérieur ou périphérique. Il est revenu sur lui-même comme l'inférieur, perméable jusqu'à son extrémité inférieure qui cesse brusquement ; ne renferme point de caillot. Il reçoit une collatérale à 25 millimètres de son extrémité.

(M. Notta, *Mém. Soc. de chir.*, t. IV, p. 517.)

N° 138. — Artère carotide droite d'un chien ; ligature. L'animal a été sacrifié 62 jours après l'opération.

L'artère a été coupée entre deux ligatures, distantes l'une de l'autre de 1 centimètre. Entre les deux bouts de l'artère existe un intervalle de 55 millimètres, où l'on remarque quelques filaments de tissu cellulaire qui se continuent avec les deux extrémités du vaisseau, dont le calibre est moindre qu'à l'état normal.

Bout inférieur ou cardiaque. Depuis son origine au tronc brachio-céphalique jusqu'à son extrémité, sa longueur est de 5 centimètres 1/2. En procédant de bas en haut nous trouvons, à

5 millimètres de son origine, un renflement fusiforme de 2 centimètres de longueur, déterminé par la présence d'un caillot de même forme et de même longueur, homogène, adhérent, paraissant de récente formation. Les parois artérielles n'offrent pas d'épaississement ni de vascularisation à son niveau. Au-dessus, la cavité du vaisseau est vide dans une étendue de 2 centimètres, puis, dans une longueur de 1 centimètre qui le termine, il est rempli par un caillot homogène, intimement uni à la membrane interne. Les tuniques de l'artère ont leur épaisseur normale.

Bout supérieur ou périphérique. Il ne renferme pas de caillot, est perméable, et conserve le même calibre que l'inférieur. A son extrémité, les membranes s'incurvent et ferment brusquement sa lumière. On ne trouve de collatérales qu'à 5 centimètres de son extrémité.

(M. Notta, *Mém. Soc. chir.*, t. IV, p. 517.)

N° 139. — Artère fémorale droite d'un chien de forte taille; ligature. L'animal a été sacrifié 122 jours après l'opération.

L'artère a été dénudée dans une longueur de 1 centimètre; deux ligatures ont été appliquées à 1 centimètre de distance et l'artère a été coupée dans leur intervalle. Il existe, entre les deux bouts du vaisseau, un intervalle de 35 millimètres, dans lequel on ne voit pas trace de la gaîne; les deux bouts du vaisseau cessent brusquement et présentent à leur extrémité à peine une légère diminution de calibre.

(M. Notta, *Mém. Soc. de chir.*, t. IV, p. 487.)

N° 140. — Artère fémorale gauche du même chien que la pièce précédente; l'artère a été dénudée dans une longueur d'un centimètre; une seule ligature a été appliquée.

L'intervalle entre les deux bouts du vaisseau est de 15 millimètres. On y voit un cordon fibreux, plein, moins volumineux que l'artère, sur lequel vient s'implanter un petit kyste fibreux dans lequel on retrouve la ligature. L'artère n'offre à ses extrémités qu'une légère diminution de calibre.

Bout inférieur ou cardiaque. Il renferme un caillot de 7 millimètres de hauteur, homogène, adhérent dans toute son étendue, fibrineux, blanchâtre, cessant brusquement au niveau d'une collatérale filiforme.

Bout supérieur ou périphérique. Il renferme un caillot homogène, rougeâtre à son centre, très-adhérent dans toute sa hauteur qui est de 5 millimètres, et cessant au niveau d'une collatérale. Les tuniques sont parfaitement reconnaissables au niveau des caillots et ont conservé leur épaisseur.

(M. Notta, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. IV, p. 487.)

N° 141. — Artère carotide droite d'un chien de forte taille; ligatures. L'animal a été sacrifié quatre mois après l'opération.

Deux ligatures ont été appliquées à 15 millimètres de distance, et le vaisseau divisé entre les deux.

Il existe entre les deux bouts du vaisseau un intervalle de 4 centimètres. La gaîne de l'artère est transformée en cordon fibreux plein près de chaque extrémité artérielle, avec laquelle il se continue; il est creusé dans sa partie moyenne d'un petit canal noueux. Ce canal communique avec un kyste gros comme un pois, greffé sur la gaîne et qui renferme les ligatures.

Bout inférieur ou cardiaque. Il renferme un caillot d'un centimètre de hauteur, très-adhérent à la membrane interne dans toute son étendue. Il est blanchâtre, fibrineux et est creusé dans son intérieur de petites vacuoles.

Bout supérieur ou périphérique. Il renferme un caillot homogène de 15 millimètres de hauteur, très-adhérent, fibrineux, blanchâtre, sans trace de vascularisation.

(M. Notta, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. IV, p. 485.)

N° 142. — Artère carotide gauche du même chien que la pièce précédente, n° 141; une seule ligature a été appliquée.

Les deux bouts du vaisseau, séparés par un intervalle de 6 millimètres, sont réunis par un cordon fibreux parfaitement distinct, sur lequel s'implante un kyste du volume d'une noisette et qui renferme la ligature.

Bout inférieur ou cardiaque. Il renferme un caillot homogène adhérent, de 13 millimètres de hauteur, fibrineux, creusé à son centre d'une petite cavité où on pourrait loger une tête d'épingle.

Bout supérieur ou périphérique. Il renferme un caillot de 2 centimètres de hauteur, homogène, fibrineux, très-adhérent dans toute sa hauteur. Les deux extrémités artérielles ont conservé leur calibre et leurs tuniques ne présentent aucune altération.

(M. Notta, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. IV, p. 486.)

ARTICLE 2.

LIGATURE ET RUPTURE DES ARTÈRES CHEZ L'HOMME

Vingt-sept pièces du Musée ont été classées dans cet article, du n° 143 au n° 169 inclusivement. L'ordre n'a point été l'ordre anatomique, mais, comme pour les ligatures des artères chez les animaux, la durée du temps depuis lequel la ligature a été faite. Ce temps varie de neuf heures à dix-huit mois.

Si maintenant l'on veut se rendre compte par artères des pièces du Musée, on constate que onze ligatures ont été faites sur l'artère fémorale n°s 143, 144, 147, 149, 150, 152, 159, 162, 163, 164 et 168; quatre sur le tronc tibio-péronier, n°s 145, 146, 151 et 161; trois sur l'artère humérale, n°s 148, 160 et 165; cinq sur la carotide primitive, n°s 153, 155, 156, 157 et 158. Les deux pièces n°s 156 et 157 ne se rapportent point à des ligatures de l'artère, mais à une lésion beaucoup plus rare: à une ulcération de ce vaisseau dans un foyer purulent.

La pièce n° 154 est un exemple de plaie de l'artère intercostale qui a déterminé une hémorrhagie mortelle. La pièce n° 166 est un exemple de rupture de l'artère humérale, et celle n° 167 de l'artère fémorale. La pièce n° 169 est un exemple de ligature de l'artère axillaire. L'individu est mort dix-huit mois après l'opération.

N° 143. — Ligature de l'artère fémorale; mort 9 heures après l'opération.

Cette ligature a été faite sur un homme âgé de 42 ans pour un anévrisme faux, diffus de la jambe, consécutif au passage d'une roue de voiture.

La ligature qui a été faite avec un fil double, ciré et fortement serré, porte sur la fémorale, à 2 centimètres au-dessous de la profonde. Au bout supérieur existe un caillot légèrement conique, aplati transversalement; sa base adhère à une des lèvres de division des membranes interne et moyenne, qui est repliée dans la cavité du vaisseau. Ce caillot est libre, flottant dans la cavité artérielle dont il remplit tout au plus la moitié du calibre.

Il a environ 3 millimètres de large sur 2 d'épaisseur; il est dense, résistant. L'artère ne fournit aucune collatérale, et ses tuniques n'offraient ni rougeur, ni épaississement.

Pour le bout inférieur, le caillot a une longueur de 5 centimètres. Il est un peu plus grêle que le supérieur, et, comme lui, flotte dans l'artère sans lui adhérer, excepté à sa base qui est élargie et repose au point de contact des membranes interne et moyenne. Ce caillot est d'un rouge intense, dur, résistant et présente quelques stries d'un blanc jaunâtre. L'artère dans toute son étendue, n'est pas rétrécie et ne fournit aucune collatérale.

La veine est intimement unie à l'artère, en un petit point de la circonférence, au niveau de la ligature. La veine incisée on a trouvé dans sa cavité quelques caillots mous, qui ne remplissaient que le quart de son calibre, un filet d'eau les a entraînés. La veine ainsi débarrassée de ses caillots, présente un froncement marqué de ses parois, et par suite un rétrécissement au niveau de la ligature artérielle. Dans ce point sont deux valvules: l'une d'elles, située au-dessous de l'embouchure de la veine fémorale profonde, est intacte; l'autre, qui répond à la paroi de la veine en contact avec l'artère, est plissée sur elle-même, comme si on avait froncé son bord libre en rapprochant ses deux extrémités. Cependant l'action du filet d'eau n'a fait découvrir aucune trace de fil pénétrant dans l'intérieur de la veine. Mais on trouve adhérent au bord libre de la valvule froncée que nous venons de décrire, et remplissant en partie le pli longitudinal qui existe dans ce point, un petit dépôt fibrineux, jaunâtre, non saillant dans la cavité du vaisseau, ayant de 2 à 3 millimètres de large sur 7 à 8 de long, se confondant sur ses bords avec la membrane interne. Après l'avoir détaché avec précaution par un de ses bords, on voit au-dessous, au fond de ce pli veineux, le fil qu'il séparait de la cavité de la veine. Une petite portion de la veine a donc été embrochée et liée avec l'artère.

(M. Notta, thèse, 1850, p. 12.)

N° 144. — Portion d'artère fémorale gauche, qui a été liée à la suite de l'amputation de la cuisse.

Cette amputation a été faite pour une tumeur blanche du genou. La personne, âgée de 27 ans, est morte 29 heures après l'amputation.

La ligature a été faite 5 millimètres environ au-dessus de la section du vaisseau; elle n'a coupé que les tuniques internes et moyennes qui s'incurvent presque à angle droit, de manière à se toucher par leurs bords libres, qui adhèrent à un petit caillot fibrineux du volume de la tête d'une épingle. Au-dessus est une petite collatérale qui admet à peine un stylet d'Anel.

(M. Notta, thèse de 1850, p. 15.)

N° 145. — Portion de l'artère tibio-péronière; ligature.

Cette ligature a été faite sur un homme de 38 ans, à la suite d'une amputation de jambe pour une large plaie gangreneuse. L'individu est mort 38 heures après.

L'artère est oblitérée par un caillot fibrineux, *homogène*, de 3 millimètres de hauteur et très-adhérent dans toute cette étendue à la membrane interne de l'artère. Sa face supérieure est assez irrégulièrement horizontale, et 8 millimètres au-dessus, se voit une collatérale permettant l'introduction d'un stylet de trousse assez fort. Au niveau du caillot, l'artère est très-légèrement rétrécie et les membranes interne et moyenne se recourbent sur sa base, qu'elles embrassent dans sa circonférence seulement. Le centre de la face inférieure du caillot, qui répondait directement à la plaie, était grisâtre et baigné par le pus.

(M. Notta.)

N° 146. — Portion d'artère tibio-péronière; ligature.

Cette ligature a été pratiquée sur un homme de 60 ans, à la suite d'une amputation au lieu dit délection, pour une gangrène spontanée du pied gauche. L'individu est mort trois jours après l'opération.

L'artère a été fendue suivant son axe; sa face interne est rugueuse et pleine de concrétions calcaires. Au niveau de la ligature, les tuniques interne et moyenne, quoique en grande partie ossifiées, sont plissées, incurvées vers le centre du vaisseau et coiffées par la membrane celluleuse qui est encore intacte.

Il existe un caillot fibrineux conique de 8 millimètres de hauteur; il adhère, par sa base, très-intimement au cul-de-sac formé par les membranes internes. Au niveau de l'extrémité supérieure du caillot est l'origine de la tibiale antérieure.

(M. Notta, thèse, 1850, p. 16.)

N° 147. — Portion d'artère fémorale profonde; ligature.

Cette ligature a été faite sur un homme de 23 ans à la suite d'une amputation de la cuisse à lambeau antérieur, pour un écrasement du genou. L'individu est mort 4 jours après l'opération, d'infection purulente.

La fémorale profonde était volumineuse, entourée de tissu cellulaire souple, non induré, mais offrant dans une hauteur d'un centimètre 1/2 une teinte violacée. L'extrémité du vaisseau qui

porte la ligature affleurait la surface de la plaie ; au niveau de la ligature, les membranes interne et moyenne sont recourbées presque à angle droit et coiffées par la celluleuse. Dans le fond du cul-de-sac ainsi formé, est un petit caillot qui le remplit et lui adhère dans une hauteur de 1 à 2 millimètres. Du centre de ce caillot partait un prolongement fibrineux de 1 millimètre de diamètre, de 1 centimètre de long, libre, il flottait au milieu du vaisseau dans un liquide sanieux, noirâtre, qui remplissait sa cavité et se terminait supérieurement à la face inférieure d'un caillot de 2 à 3 millimètres de hauteur, adhérent, dans toute sa circonférence, à la face interne de l'artère. Immédiatement au-dessus de ce caillot, dont la face supérieure est à peu près horizontale, est une petite collatérale laissant passer un stylet d'Anel.

(M. Notta, thèse, 1850.)

N° 148. — Portion d'artère humérale ; ligature.

Cette ligature a été faite sur un homme de 30 ans. Le membre supérieur gauche avait été pris entre deux wagons, et il existait au bras droit une rupture du biceps, on ne percevait pas les battements des artères de l'avant-bras, la main était broyée. Cet homme est mort au bout de cinq jours.

A l'autopsie, on a trouvé l'artère humérale au milieu d'un vaste foyer sanguin, elle était broyée vers sa partie moyenne et imbibée de sang noir. Dans le point où a porté l'action du corps vulnérant, elle est rétrécie dans une hauteur de 2 centimètres et il est facile de voir que dans cette étendue, les tuniques interne et moyenne sont broyées et encore contenues dans la celluleuse. Cette partie rétrécie se continue sans ligne de demarcation bien nette avec le bout inférieur ; tandis qu'elle ne tient au bout supérieur que par un lambeau de la paroi artérielle, qui a la largeur de la demi-circonférence du vaisseau. L'action du corps contondant paraît s'être limitée en ce point. Au-dessus, le bout supérieur a conservé toutes ses parois intactes et son calibre est normal ; là, on trouve un caillot fibrineux, homogène, très-adhérent dans toute sa circonférence et dans toute sa hauteur qui est d'un centimètre. Dans cette étendue, le calibre de l'artère n'est pas rétréci. L'extrémité supérieure de ce caillot présente un prolongement fibrineux, blanchâtre, en forme de massue, à grosse extrémité dirigée vers le cœur, de 6 millimetres de hauteur, adhérant à une des parois artérielles et ne remplissant que la moitié du calibre du vaisseau. Immédiatement au-dessus, se trouve une collatérale permettant l'introduction d'un stylet de trousse. Au fond du cul-de-sac formé par le bord supérieur du caillot adhérent, précédemment décrit, se trouve une petite

collatérale dans laquelle on peut introduire un stylet d'Anel. Dans toute la partie adhérente du caillot, l'artère ne fournit aucune collatérale. L'extrémité inférieure du caillot est coupée en bec de flute au même niveau que les trois tuques.

(M. Notta, thèse, 1850, p. 17.)

N° 149. — Portion d'artère fémorale ; ligature.

Cette ligature a été faite sur un homme de 45 ans, qui a été amputé de la cuisse pour une tumeur blanche du genou. L'individu est mort sept jours après l'opération.

L'artère est oblitérée par un caillot fibrineux, adhérent dans toute sa circonférence et dans toute sa hauteur, qui est de 2 millimètres au plus. L'extrémité supérieure du caillot est horizontale, irrégulière, limitée par une petite collatérale permettant l'introduction d'un stylet de trousse.

L'extrémité inférieure du caillot est, pour ainsi dire, coupée horizontalement, au même niveau que les trois tuniques.

(M. Notta, thèse, 1850.)

N° 150. Portion d'artère fémorale ; ligature.

Cette ligature a été pratiquée à la suite d'une amputation de la cuisse, pour une arthrite suppurée du genou. Cet homme est mort huit jours après l'opération.

Il existe dans cette artère, un caillot fibrineux de 2 centimètres 1/2 de hauteur, très-adhérent dans toute son étendue. Son extrémité supérieure, qui est plus molle, paraît d'une origine plus récente. Dans une hauteur de 2 à 3 millimètres, l'axe de ce caillot est creusé d'un petit canal fermé à ses deux extrémités : il était rempli d'un liquide noirâtre. Ce caillot était surmonté par un petit filament fibrineux de 6 centimètres de longueur, flottant dans l'artère, et qui se terminait au niveau d'une collatérale du volume d'une radiale. Ce filament a été brisé et n'existe plus. Dans toute l'étendue du caillot adhérent, il n'y a pas de collatérales ; à 7 millimètres au-dessus de son extrémité supérieure, il en existe une permettant l'introduction d'un stylet de trousse ; 2 millimètres au-dessus et en face de cette dernière il en existe une autre exactement semblable. Au niveau de la ligature, le bord de la membrane interne de l'artère se replie dans l'intérieur du vaisseau, et a contracté des adhérences avec l'extrémité inférieure du caillot. La membrane moyenne ne se recourbe pas, et cesse brusquement au niveau de l'extrémité inférieure du caillot. La celluleuse, fermée par la ligature, coiffe l'extrémité du vaisseau. Au niveau du caillot l'artère n'est pas rétrécie.

Si, sur la pièce, le caillot est en partie décollé de la membrane interne, et si, au milieu de sa hauteur, il est coupé ainsi que les membranes interne et moyenne, cela tient à ce que, dans ce point, M. Notta a appliqué avec un fil simple, une ligature qu'il a très fortement serrée, après avoir fait la description du caillot. Il est facile de voir que cette ligature s'est comportée comme sur une artère saine : la celluleuse n'a pas été coupée et a résisté comme à l'état normal.

(M. Notta, thèse, 1850.)

N° 151. — Portion du tronc tibio-péronier; ligature.

Cette ligature a été pratiquée sur un homme de 46 ans, à la suite d'une amputation de la jambe, au lieu d'élection, pour une tumeur blanche du pied gauche. L'individu est mort neuf jours après l'opération, d'infection purulente.

La ligature portait sur ce vaisseau, 5 millimètres au-dessous de l'origine de la tibiale antérieure. L'extrémité de l'artère est bouchée par un caillot de 2 millimètres de haut, adhérent par toute sa circonférence à la face interne de l'artère, dont il remplit le calibre qui n'est pas rétréci. L'extrémité supérieure du caillot est irrégulièrement horizontale, et cesse à 2 millimètres au-dessous de la tibiale antérieure qui est perméable. Son extrémité inférieure répond à la plaie, et les tuniques artérielles ne se recourbent pas sur elles-mêmes.

(M. Notta, thèse, 1850.)

N° 152. — Portion d'artère fémorale; ligature.

Cette ligature a été pratiquée sur un homme de 48 ans, à la suite d'une amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou gauche. L'individu est mort, onze jours après, d'infection purulente.

Le caillot, qui a 1 millimètre d'épaisseur, est coiffé par la tunique celluleuse; il est adhérent dans toute son étendue à la membrane interne. Sa partie supérieure est plane et, immédiatement au-dessus, est une petite collatérale permettant l'introduction d'un stylet de trousse.

(M. Notta, thèse, 1850, p. 50.)

N° 153. — Artère carotide primitive droite; ligature, mort au treizième jour.

La lésion a été produite par un couteau-poignard qui a péné-

tré obliquement de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans. La lame a passé entre les muscles sterno-mastoïdien, sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien, qu'elle avait éraillés sans les couper en travers; elle est arrivée entre la trachée et les gros vaisseaux. Elle a divisé la carotide et le pneumo-gastrique droits, à 4 millimètres environ du tronc brachio-céphalique, en entamant légèrement la tunique musculeuse de l'œsophage; la veine jugulaire était intacte. Une hémorrhagie considérable s'ensuivit et elle ne put être arrêtée que par l'introduction du doigt dans la plaie.

Pour opérer la ligature, M. Michon fit sur la ligne médiane, parallélement à la trachée, une incision suivant le procédé de King. Il rencontra une infiltration sanguine considérable, qui le gênait beaucoup pour reconnaître le vaisseau lésé; le doigt ayant été un peu relâché, il apparut deux jets de sang: l'un provenant d'en haut, l'autre d'en bas. Cette circonstance fit penser à M. Michon, comme c'était vrai, que c'était l'artère carotide primitive droite qui était coupée. Les deux bouts furent liés séparément, et il est facile de voir sur cette pièce que le bout inférieur a environ 4 millimètres de longueur: à l'intérieur existe un caillot très-petit, qui obturait l'orifice du vaisseau. La ligature du bout supérieur était tombée: il existe un caillot considérable qui se prolonge, sous la forme conique, jusqu'à la bifurcation de la carotide. Le malade, d'après l'observation de M. Michon, aurait succombé, le treizième jour après l'accident, à une excessive faiblesse, et le jour de la mort, il s'était manifesté une légère hémorrhagie.

(M. Michon, *Bull. Soc. de chir.*, t. III, p. 49 et 85.)

N° 154. — Tronçon de paroi thoracique composé d'une portion de la paroi latérale gauche de trois côtes avec les muscles intercostaux; blessure d'une artère intercostale, hémorrhagie, mort.

Cette pièce provient d'un jeune homme de 26 ans qui, dans une rencontre, a reçu des coups de crosse de fusil dans la région thoracique gauche, violence qui a amené une fracture de côtes. Il fut très-bien remis, en apparence, des accidents graves qu'il avait éprouvés à la suite de ses blessures, quoiqu'il eût conservé une déformation de la poitrine du côté gauche, et une gêne plus ou moins grande de la respiration. Au bout de six mois, sa santé s'est altérée, et bientôt il vit paraître un abcès sur la partie gauche de la poitrine, au niveau de l'omoplate.

Lorsque M. Demarquay le vit pour la première fois, il constata: 1° un abcès du volume du poing et de forme allongée, suivant le sens des côtes; 2° une matité considérable dans le côté gauche de la poitrine, excepté en avant et en haut où il y avait de la sonorité;

3° enfin un aplatissement du côté inférieur gauche, ce qui amenait une dépression thoracique de ce côté et par conséquent une espèce d'imbrication des côtes.

L'abcès fut ouvert en deux points, et un drain fut passé à travers le foyer de l'abcès. Au bout de quelques jours, on constata que la septième côte était dénudée dans l'étendue de 2 centimètres environ, et que des esquilles se trouvaient dans le point de la dénudation. L'incision fut agrandie, et on chercha à enlever les esquilles mobiles, laissant en place celles qui paraissaient adhérentes, dans la crainte d'ouvrir la cavité thoracique. Tout alla bien d'abord. Mais, à un pansement du soir, l'interne constata une plus grande quantité de liquide dans le linge à pansement, qui exhalait une mauvaise odeur.

Le lendemain, on constata que la poitrine était devenue sonore dans toute son étendue; il n'y avait point de doute: la collection purulente intra-pleurale s'était vidée au dehors. Un stylet introduit dans le foyer où existaient encore des esquilles, pénétra dans la cavité pleurale. Pour prévenir les accidents d'une infection putride, M. Demarquay se mit en mesure d'agrandir l'ouverture de ce vaste foyer, afin d'y pratiquer des injections détersives. En raison de l'imbrication des côtes, il comprit tout de suite la possibilité de la lésion de l'artère intercostale; mais il espérait l'éviter en ne dépassant point la zone des tissus fibreux indurés par une longue inflammation. La petite incision qui n'avait pas plus de 1 centimètre, était dirigée en bas et en dehors. Il vint, à la suite de cette opération, un peu de sang artériel; ce qui ne l'empêcha pas de faire des injections avec une solution de permanganate de potasse et de teinture d'iode étendue d'eau. On laissa en place des esquilles, dans la crainte d'amener quelque désordre en les arrachant. Une petite masse de charpie, introduite dans le fond de la plaie, suspendit la petite hémorrhagie qui venait de la partie postérieure de la plaie. M. Demarquay était convaincu qu'il n'avait intéressé qu'une branche minime de l'artère intercostale.

Le samedi soir et le dimanche 15, l'hémorrhagie se reproduisit, peu abondante en apparence; mais le malade, déjà affaibli, succomba le dimanche soir à la suite d'une syncope.

A l'autopsie, on a constaté : 1° que le poumon gauche était refoulé en haut et en avant; 2° qu'il existait une grande cavité pleurale tapissée de fausses membranes granuleuses; 3° que cette plèvre et les fausses membranes qui la tapissaient, n'étaient point très-épaisses au niveau de la nécrose partielle de la neuvième côte; 4° que les esquilles résultant de la nécrose de la neuvième côte occupaient, dans l'étendue de 1 à 2 centimètres toute la portion de la côte; 5° enfin que la petite incision, partant du foyer de la nécrose, avait coupé l'artère intercostale dans le point où elle est abritée par la partie inférieure de la côte.

Cette disposition, ainsi que les fausses membranes, sont très-évidentes sur la pièce.

(M. Demarquay, *Soc. de chir.*, 1868, 2e série, t. IX, p. 97.)

N° 155. — Moitié latérale gauche du larynx et du maxillaire inférieur, avec les vaisseaux du cou; ligature de l'artère carotide primitive pour une hémorrhagie suite d'un coup de feu.

Cette pièce provient d'un soldat âgé de 25 ans, qui a été blessé à la bataille de Champigny, par un coup de feu au niveau de l'angle gauche du maxillaire inférieur. La balle pénétra profondément dans la région sous-hyoïdienne. Le soir de son entrée à l'ambulance, le blessé fut pris d'une hémorrhagie formidale, qui obligea M. Raynaud à pratiquer la ligature de l'artère carotide primitive. Le même soir, 48 heures après la blessure, sans cause occasionnelle appréciable, une nouvelle hémorrhagie se déclara. On pratiqua un tamponnement avec de l'eau de Paglieri. Le malade est mort quatre jours après sa blessure.

On constate sur la pièce, que la ligature étreint la carotide primitive à 2 centimètres environ au-dessous du point blessé; il ne survint après la ligature aucun accident du côté du cerveau. Au niveau de la bifurcation de la carotide primitive, existe une large solution de continuité qui provient de la chute d'une escharre de l'artère. La lésion intéresse à la fois la terminaison de la carotide primitive, l'origine de la carotide externe et celle de la thyroïdienne supérieure. De l'hiatus ainsi constitué, on voit proéminer un caillot, flottant en partie dans la plaie, et en partie engagé dans la carotide externe. Il est probable que c'est le détachement partiel de ce caillot qui avait déterminé l'hémorrhagie secondaire.

(M. Raynaud, *Soc. de chir.*, 1871, 2e série, t. XII, p. 69.)

N° 156. — Portion d'artère carotide primitive droite; ulcération dans un foyer purulent.

Cette pièce provient d'un soldat de 23 ans, qui a été blessé le 1er septembre, à Sedan. La balle avait traversé la face de la région temporo-malaire gauche à la région sterno-mastoïdienne droite. Aucune hémorrhagie primitive n'avait eu lieu; ce n'est que le neuvième jour, le 9 septembre, qu'une hémorrhagie secondaire se manifesta. M. Desprès pratiqua immédiatement la ligature de la carotide primitive à 1 centimètre 1/2 avant sa bifurcation; trois jours après, le 12, il survint une hémiplégie de toute la moitié latérale gauche du corps, et cinq jours après la ligature, le blessé succomba.

On trouve sur cette pièce une double plaie contuse de la carotide primitive. Il existe dans le bout cardiaque de l'artère un caillot long d'un centimètre 1/2; un second caillot de même longueur existe dans le bout périphérique, et s'étend jusque dans les carotides interne et externe. L'hémisphère droit du cerveau était anémique, pâle, et les vaisseaux de ce côté ne contenaient point de sang.

(M. Desprès, *Soc. de chir.*, 1871, 2e série, t. XII, p. 132.)

N° 157. — Portion de l'artère carotide primitive et des artères carotides interne et externe; ulcération de la carotide primitive dans un foyer purulent.

Cette pièce provient d'un homme de 40 ans, qui était atteint depuis trois mois d'adénite cervicale du côté gauche, qui a suppuré ; la tumeur a été incisée. Huit jours après, une hémorrhagie se produit, elle s'arrêta d'elle-même ; treize jours après cette première hémorrhagie, il s'en produit de nouvelles dont une plus intense, ne put être arrêtée par la compression de la carotide et détermina la mort du malade.

On constate sur cette pièce, que la carotide primitive à un demi-centimètre au-dessous de sa bifurcation, présente une ulcération circulaire du diamètre de 5 millimètres environ. La carotide externe, à peu de distance de son origine, présente également une perforation plus étroite que la première. C'est par ces deux perforations qui résultent de l'ulcération du vaisseau par le pus, que se sont produites les hémorrhagies qui ont déterminé la mort de ce malade.

(M. Dauvé, *Soc. de chir.*, 1870, p. 281.)

N° 158. — Artère carotide primitive droite, avec la moitié de la langue; ligature de la carotide primitive, immédiatement au-dessous de son origine pour un cancer de la langue.

A la suite d'une ablation d'une portion de la langue par le galvano-cautère, il se produisit consécutivement une hémorrhagie pendant la période d'infection purulente, qui détermina le chirurgien à faire la ligature de la carotide externe. L'opération ne fut point laborieuse ; on reconnut les artères collatérales du tronc principal, le nerf hypoglosse, et le fil à ligature fut passé de dedans en dehors. Mais, comme on peut le constater sur cette pièce, la ligature au lieu de porter sur la carotide externe, au-dessus de la thyroïdienne supérieure, a été pratiquée sur la carotide primitive près de sa bifurcation. Il ne survint aucuns phénomènes cérébraux, l'encéphale a été trouvé absolument normal.

(M. Pozzi, *Soc. anat.*, 1873, 2e série, t. XVIII, p. 878.)

N° 159. — Portion d'artère fémorale ; ligature.

Cette pièce provient d'un homme de 45 ans. La ligature a été faite à la suite d'une amputation de la cuisse pour un coup de feu qui lui a broyé le genou. Il est mort seize jours après l'opération.

Il existe un caillot fibrineux très-dense, très-adhérent aux parois artérielles, et cela dans toute leur étendue : il a une longueur totale de 65 millimètres, et remplit tout le calibre de l'artère qui n'est pas rétréci. Ce caillot est taillé en bec de flûte à son extrémité supérieure, aux dépens de sa partie postérieure. Au fond du cul-de-sac qu'il forme en ce point avec la paroi de l'artère, se trouve une petite collatérale qui donne passage à un stylet, et qui est située à 5 centimètres au-dessus de la ligature. L'extrémité inférieure du caillot qui est un peu moins dense, était noirâtre et cesse brusquement à 5 millimètres au-dessus de la ligature ; l'espace compris entre ces deux points était rempli par un liquide sanieux, brunâtre. Au niveau de la ligature, les parois artérielles étaient ramollies et se déchiraient facilement, sous l'influence de légères tractions. Il est facile de voir que les tuniques interne et moyenne sont repliées dans l'intérieur du vaisseau au niveau de la ligature, et qu'elles sont coiffées par la tunique celluleuse.

(M. Notta, *Thèse*, 1850, p. 42.)

N° 160. — Portion d'artère humérale ; ligature.

Cette artère a été liée sur un homme de 25 ans, à la suite d'une amputation du bras, au niveau du col chirurgial, pour un écrasement du membre. L'individu est mort seize jours après l'opération.

Les tuniques et le caillot cessent au même niveau, la face inférieure du caillot baignait dans le pus de la plaie. Le caillot est homogène, il remplit le calibre de l'artère et lui est adhérent dans une hauteur de 9 millimètres ; à partir de ce point, il cesse d'être adhérent, il offre encore une longueur de 17 millimètres et prend une forme conique ; son sommet est surmonté par un filament filiforme de 3 centimètres de long.

Dans la partie adhérente, l'artère ne fournit aucune collatérale ; il y en a une très-petite à la base de la portion conique du caillot, et une autre à son sommet.

(M. Notta, thèse, 1850.)

N° 161. — Portion du tronc tibio-péronier; ligature.

Cette artère a été liée sur un homme de 46 ans, à la suite d'une amputation de la jambe au lieu d'élection pour un écrasement du pied droit. L'individu est mort 19 jours après l'opération.

Ce vaisseau est oblitéré par un caillot dans une hauteur d'environ 17 millimètres. En procédant de bas en haut, ce caillot est dans une hauteur de 7 millimètres, fibrineux, adhérent à la paroi interne de l'artère; puis il cesse brusquement, et il était remplacé par une collection purulente qui l'a détruit en partie dans une hauteur de 5 millimètres. Le pus en était bien lié et remplissait la cavité de l'artère. Au-dessus, est un caillot fibrineux de 4 millimètres de hauteur, qui ne remplit que les deux tiers du calibre de l'artère; il adhérait seulement par la base qui est plus large. A la partie supérieure se trouve l'origine de la tibiale antérieure.

(M. Notta, thèse de 1850.)

N° 162. — Portion d'artère fémorale; ligature.

Cette artère a été liée sur un homme de 54 ans, à la suite d'une amputation de la cuisse pour une tumeur cancéreuse du genou. L'individu est mort vingt et un jour après l'opération.

Au niveau de l'artère fémorale dans la plaie, on constatait un trajet fistuleux que M. Notta supposa tout d'abord constitué par le fil de la ligature. Mais, l'artère étant disséquée sur place, il fut facile de voir que cette fistule était formée par le canal artériel lui-même, dont l'extrémité effleurait la surface de la plaie. Le tissu cellulaire qui environnait l'artère dans une hauteur de trois centimètres à partir de la plaie, était un peu plus adhérent et un peu plus dense qu'à l'état normal. La face externe du vaisseau, dans cette étendue, présentait une légère teinte d'un gris verdâtre, mais semblable à celle qui existait au même niveau, dans les parties environnantes, et qui était peut-être due à un commencement de putréfaction.

En incisant l'artère de dehors en dedans, on voit que son extrémité inférieure béante, est dépourvue de caillot dans une hauteur de 1 centimètre : la membrane interne était grisâtre et baignée de pus ainsi que la face inférieure du caillot, qui ferme en haut ce trajet. Au-dessus de cette portion d'artère est un caillot consistant, fibrineux, remplissant tout le calibre de l'artère, extrêmement adhérent aux parois du vaisseau dans toute sa hauteur qui est de 2 centimètres, oblique à sa partie supérieure, et dépassant de 2 à 3 millimètres par sa partie la plus élevée, une artériole col-

latérale, laissant pénétrer un stylet très-fin. La première collatérale importante que l'on constate au-dessus du caillot, est la fémorale profonde qui est située à 12 centimètres 1/2.

(M. Notta, thèse, 1850, p. 40.)

N° 163. — Portion d'artère humérale droite; ligature.

Cette artère a été liée sur un homme de 38 ans, amputé du bras à la partie moyenne, pour une tumeur blanche du coude. L'individu est mort trente-six jours après l'opération.

L'artère humérale a conservé son calibre et est perméable jusqu'à 2 centimètres de la surface de la plaie. Dans ce point, on trouve une petite collatérale dans laquelle on peut passer un stylet d'argent. Immédiatement au-dessous, les trois tuniques, comme on le voit très-bien après avoir fendu l'artère, s'incurvent un peu, se rapprochent de manière à venir s'accoler à un caillot fibrineux du volume d'un grain de millet. En continuant la dissection jusqu'à la surface de la plaie, on retrouve au milieu d'un tissu cellulaire induré, les parois artérielles affaissées, amincies, reconnaissables encore, mais ramollies, non adhérentes en quelques points, formant un cordon de 2 millimètres de diamètre. Vers la partie supérieure de ce cordon, dans l'étendue de 5 ou 6 millimètres, on retrouve encore très-bien les trois tuniques artérielles; mais, dans sa moitié inférieure on ne peut plus reconnaître la tunique moyenne, on suit seulement la tunique cellulaire en arrière, et le vaisseau se terminait ainsi à 3 millimètres de la surface de la plaie.

(M. Notta, thèse, 1850, p. 45.)

N° 164. — Portion d'artère fémorale; ligature.

Cette artère a été liée sur un enfant de 13 ans, qui a été désarticulé de la cuisse pour un cancer du fémur. Cet enfant est mort trente-sept jours après l'opération, d'infection purulente.

La dissection de l'artère fémorale sur place, a permis de constater que son extrémité était située au fond d'un petit canal sinueux qui venait s'ouvrir à la surface de la plaie, après un trajet de 1 centimètre. L'artère a conservé son calibre dans toute sa longueur. En procédant de bas en haut, on a trouvé d'abord dans une étendue de 1 centimètre les parois de l'artère béantes, baignées dans le pus, mollasses, friables, mortifiées et faisant suite au trajet fistuleux mentionné. Cette portion du vaisseau ne contient pas de caillot et n'était plus adhérente par sa face externe aux parties voisines, que dans quelques points. Au-dessus, les

parois artérielles présentent une consistance et une épaisseur normale, elles sont oblitérées dans une hauteur de 6 millimètres par un caillot qui en remplit la cavité ; ce caillot est très-adhérent dans toute sa hauteur à la tunique interne. Inférieurement il répond à la cavité du bout artériel mortifié, et présente dans ce point une surface horizontale qui était baignée de pus. Supérieurement, il se termine par une surface horizontale au niveau de laquelle se voit une petite artère collatérale qui peut admettre un petit stylet.

(M. Notta, *Thèse*, 1850, p. 40.)

N° 165. — Portion d'artère humérale ; ligature.

Cette artère a été liée sur un homme de 60 ans, à la suite d'une amputation du bras, pour une nécrose du coude. L'individu est mort cinquante-deux jours après l'amputation.

L'artère est oblitérée dans une hauteur de 25 millimètres, par un caillot fibrineux, homogène, qui présentait çà et là quelques points rougeâtres; il est très-adhérent dans toute sa hauteur avec les parois artérielles, qui ont conservé leur épaisseur normale. Si on détruit les adhérences du caillot en un point, on voit au-dessous la membrane interne lisse et polie. Dans la longueur du caillot, l'artère va se rétrécissant un peu à mesure qu'on approche de son extrémité ; ce qui lui donne ainsi qu'au caillot la forme d'un tronc de cône allongé, à base dirigée en haut Ainsi, au-dessus de l'extrémité supérieure du caillot, la circonférence de l'artère est de 9 millimètres, à sa partie moyenne elle est de 7 millimètres, à son extrémité inférieure elle est de 5 millimètres.

L'extrémité supérieure du caillot est taillée en biseau, mousse, arrondi ; une de ses faces est adhérente à la paroi artérielle. Au fond du cul-de-sac formé par son autre face et la paroi artérielle libre, est une collatérale qui permet facilement l'introduction d'un stylet de trousse. Dans toute la hauteur du caillot, l'artère ne fournit aucune collatérale dans une étendue de 2 millimètres.

(M. Notta, *Thèse*, 1850, p. 33.)

N° 166. — Artère humérale; rupture des membranes interne et moyenne.

Cette lésion est survenue à la suite d'un écrasement du bras droit, entre deux roues d'engrenage. On constate la formation de deux caillots et l'oblitération de l'artère, avec interruption de la circulation dans la partie inférieure de ce vaisseau. Cette pièce provient d'un homme de 65 ans. Amputation six heures après l'ac-

cident. La pièce naturelle préparée par dessiccation est accompagnée de deux dessins.

(Le professeur J. Cloquet. 1835.)

N° 167. — Artère fémorale droite ; rupture par le passage d'une roue de voiture lourdement chargée.

Cette artère fémorale provient d'un homme de 45 ans. La rupture a été produite par le passage sur la cuisse, d'une roue de voiture pesamment chargée. Le lendemain de l'accident, le membre était froid, on ne percevait aucun battement dans la fémorale, au niveau du troisième adducteur. La cuisse fut amputée au niveau de son tiers supérieur.

L'artère fémorale est complétement rompue. Entre les deux bouts, un peu au-dessus de l'anneau du troisième adducteur, existait un écartement d'environ 2 centimètres.

Le bout supérieur ou cardiaque, qui est terminé en massue, est arrondi. Il est obturé par un caillot fibrineux qui remonte à 3 centimètres, jusqu'à une perforante fournie directement par la fémorale et dont le calibre est assez notable.

Le bout inférieur se termine par une extrémité très-allongée, comme celle d'un tube de verre effilé à la lampe : cet effilement est produit par la tunique externe. Un caillot fibrineux se prolonge dans une étendue de 4 centimètres.

(M Pozzi, *Soc. anat.*, 1868, 2e série, t. XIII, p. 552.)

N° 168. — Portion d'artère fémorale ; ligature à la suite d'une désarticulation de la cuisse pour un coup de feu.

Cette pièce provient d'un homme de 65 ans. La ligature de la fémorale a été faite à la suite de la désarticulation de la cuisse pour un coup de feu. Cet individu est mort cinq mois après l'opération.

Autopsie. — La plaie était complétement cicatrisée; il n'y avait au centre qu'une petite fistule qui aboutissait à la cavité cotyloïde.

L'artère fémorale a conservé son calibre jusqu'à son extrémité. Extérieurement elle ne présentait aucun changement de coloration, elle cessait brusquement à 1 centimètre de la cicatrice. A 2 millimètres de son extrémité, est une petite collatérale qui se perdait dans la cicatrice, et dans laquelle on peut introduire un petit stylet d'argent. Un petit caillot fibrineux très-résistant, de couleur blanche, de 2 millimètres de hauteur et de 2 millimètres de diamètre, ayant la forme d'un tronc de cône à base dirigée du côté du cœur, flottant dans la cavité artérielle, adhère par

son extrémité inférieure à la surface de section des membranes internes et repose sur du tissu cicatriciel.

(M. Notta. *Thèse*. 1850, p. 35.)

N° 169. — Portion d'artère axillaire ; ligature.

Cette artère provient d'un homme de 60 ans. La ligature a été faite à la suite d'une amputation du bras au niveau du bord inférieur de l'aisselle, pour une tumeur cancéreuse de l'humérus. Cet individu est mort dix-huit mois après l'opération.

L'artère est entourée par un tissu cellulaire très-adhérent. Au niveau de sa section elle a 6 millimètres de diamètre, et elle se rétrécit graduellement jusqu'à sa terminaison, où elle n'a plus que 3 millimètres de diamètre, de sorte qu'elle présente la forme d'un tronc de cône. Elle cesse brusquement à 1 centimètre 1/2 de la surface de la cicatrice. On trouve à l'intérieur un caillot fibrineux très-dense, ayant 2 centimètres de longueur, adhérent dans toute son étendue à la face interne de l'artère, dont il remplit complétement la cavité. Il est taillé supérieurement en bec de flûte, de sorte qu'en ce point une de ses parois est adhérente, l'autre est libre, et forme avec la paroi opposée de l'artère, un cul-de-sac au fond duquel est une artériole dont le canal libre, admet l'extrémité d'un stylet.

(M. Notta, *Thèse*, 1850, p. 32.)

Article 3.

ARTÉRITE OMBILICALE CHEZ LES ENFANTS.

Quatre pièces seulement, n° 170, 171, 172 et 172 *a*, constituent cet article, qui certainement un jour prendra un plus grand développement ; c'est pourquoi j'ai voulu lui conserver un article spécial.

N° 170. — Portion des artères ombilicales chez un enfant ; artérite.

Cet enfant, né à 8 mois, est mort six jours après sa naissance. Le cordon ombilical était noir, sec et aplati. Le fond de la dé-

pression ombilicale présentait une surface jaunâtre, un peu desséchée, et à sa circonférence existait une auréole rosée ayant 4 à 5 millimètres de large. Les deux artères ombilicales faisaient saillie sous le péritoine, et étaient saines dans la plus grande partie de leur trajet, il n'y avait pas trace de péritonite. Mais à partir de 1 centimètre 1/2 du point où elles pénètrent dans l'ombilic, elles offrent un volume quatre fois plus considérable qu'à l'état sain : cette partie tuméfiée est dure, et le tissu cellulaire sous-péritonéal était injecté. Cette augmentation de volume dans les artères, était due à un pus jaune, bien lié, interposé entre la membrane celluleuse et interne des tuniques artérielles. Ce foyer purulent ne communiquait pas dans la cavité du vaisseau, qui n'était oblitérée par un caillot qu'au niveau de l'anneau même. La veine était normale.

(M. Notta, 1851.)

N° 171. — Portion des artères ombilicales chez un jeune enfant; artérite.

Cet enfant, né à terme, est mort au bout de neuf jours. Le cordon ombilical était tombé. Les deux artères ombilicales convergent vers l'ombilic et se réunissent à angle aigu en un seul cordon, à 1 centimètre de la cicatrice ombilicale. A leur partie moyenne elles présentent un renflement fusiforme ayant 1 centimètre 1/2 de long, et plus du double du volume du reste du vaisseau. Ce renflement est dur, et un stylet introduit dans ces vaisseaux est arrêté de chaque côté au niveau de la saillie qui est due à un épaississement des parois, produit par un épanchement de la lymphe plastique ; elles sont de plus, dans ce point, oblitérées à l'intérieur par un caillot adhérent aux tuniques artérielles. Au-dessus du caillot ces artères étaient pleines d'un pus jaunâtre, les tuniques internes et moyennes de l'artère ombilicale gauche, sont complétement détruites dans les points baignés par le pus. Quant au canal commun résultant de l'adossement des deux artères et de la destruction partielle de leur paroi, il contient du pus également, et communique avec la petite plaie ombilicale qui n'est pas encore cicatrisée. La veine n'offre rien de particulier.

(M. Notta, 1851.)

N° 172. — Portion des artères ombilicales; artérite.

Cet enfant est né à terme ; mort onze jours après sa naissance. Les artères ombilicales, dans une longueur de 2 centimètres à partir de l'anneau, ont un volume quatre fois plus considérable que dans le reste de leur étendue jusqu'à l'artère hypogastrique.

Le péritoine qui recouvre la portion tuméfiée était un peu injecté. En incisant les artères on trouve leurs parois tuméfiées, épaissies, très-injectées, un peu ramollies; leur membrane interne n'est plus lisse. Dans leur cavité existait du pus. La limite inférieure de ces foyers purulents est constituée par un petit caillot de la grosseur d'une épingle, et de 3 millimètres de longueur, adhérant à la paroi interne des artères dans toute leur étendue.

(M. Notta, 1851.)

N° 172 *a*. — Portion des artères ombilicales ; artérite.

Cet enfant est né à terme, mort vingt et un jours après sa naissance Le pourtour de l'ombilic non cicatrisé, présentait une auréole rosée, et au centre du pus concret. Le péritoine, au niveau de l'ombilic, était soulevé par une saillie irrégulièrement quadrilatère, d'un centimètre de large sur 3 de long : il y avait imminence de perforation. Cette cavité purulente était produite par les artères dilatées.

(M. Notta, 1851.)

ARTICLE 4.

RUPTURE, RÉTRÉCISSEMENT ET OBLITÉRATION DE L'AORTE ET DE L'ARTÈRE PULMONAIRE

Cet article ne comprend que 12 pièces du Musée, du n° 173 au n° 184 inclusivement ; mais toutes ces pièces ont aujourd'hui un grand intérêt scientifique. C'est pourquoi j'ai rapporté pour quelques-unes, une description assez complète. La pièce n° 173 est un exemple rare de balle à revolver qui est venue au contact de l'aorte, dans l'atmosphère celluleuse de laquelle elle est logée. La pièce n° 174 est un cas de rupture de l'aorte immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes.

Les pièces n°s 176, 177, 178, 179, 180 et 181, sont des exemples d'oblitération de la partie inférieure de l'aorte, avec paralysie plus ou moins complète des membres inférieurs, et gangrène de ces extrémités.

Les pièces nos 182, 183 et 184 sont des exemples de caillots emboliques très-volumineux qui ont oblitéré l'artère pulmonaire dans son tronc, et quelquefois dans ses branches principales.

N° 173. — Portion de l'artère aorte thoracique; plaie pénétrante de poitrine par arme à feu ; la balle est venue au contact de de l'aorte.

Cette pièce provient d'un homme de 64 ans, qui s'était tiré un coup de pistolet dans la région précordiale. La plaie cutanée était située à deux travers de doigt au-dessous du mamelon gauche.

La balle a glissé sur le feuillet externe du péricarde, et, se dirigeant obliquement de haut en bas, elle est arrivée sur le diaphragme au niveau de la folliole gauche. Elle a déchiré quelques fibres musculaires du pilier gauche. C'est au niveau de la onzième vertèbre dorsale, dans le tissu cellulaire qui réunit l'aorte à la colonne vertébrale, qu'elle est venue se loger. On constate sur cette pièce, que la balle est directement accolée à l'aorte thoracique, et enkystée dans le tissu cellulaire qui la maintient appliquée contre la tunique externe.

(Professeur Dolbeau, *Soc. anat.*, 1877, 4e série, t. II, p. 288.)

N° 174. — Portion de la base du cœur avec l'origine de l'aorte; rupture de l'aorte à sa face postérieure immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes.

Cette pièce provient d'une femme de 54 ans, qui, dans un accès de folie, s'est jetée par la fenêtre d'une chambre située au quatrième étage. Elle expira au bout de dix minutes. Le péricarde, très-distendu ne présentait aucune déchirure, et contenait 200 grammes environ de sang non coagulé.

L'aorte à son origine présente sur sa face postérieure, immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes, une déchirure transversale irrégulière, mesurant 2 centimètres de longueur. L'aorte est légèrement athéromateuse, et le cœur était notablement hypertrophié.

(M. Desprès, *Soc. anat.*, 1873, 2e série, t. XVIII, p. 679.)

N° 175. Portion de la crosse de l'aorte ; rétrécissement au niveau du canal artériel.

Cette portion de l'artère aorte est considérablement rétrécie au

niveau de l'insertion du canal artériel; le calibre de l'artère admet à peine une sonde d'un volume moyen. Cette pièce provient d'un homme de 32 ans, qui était atteint en outre d'une hypertrophie notable du ventricule gauche.

(M. Barth.)

N° 176. — Oblitération par un caillot de l'aorte abdominale et d'une partie des deux iliaques primitives.

Cette pièce provient d'une femme de 38 ans, qui a présenté des troubles manifestes dans la marche. A la suite de fatigue même légère, elle devenait subitement presque paraplégique : elle ne pouvait alors exécuter que des mouvements très-bornés. Après quelques jours de repos elle revenait à son état habituel. Elle demeura environ deux ans dans cet état : au bout de ce temps, la paraplégie devint complète et sans caractère intermittent.

L'aorte abdominale est complétement oblitérée par un caillot qui se prolonge dans les iliaques primitives, et pénétrait dans les iliaques externes. Le calibre des artères hypogastriques était rétréci. Le caillot brun, foncé dans la partie supérieure de l'aorte abdominale, est plus dense et jaunâtre dans la partie inférieure et dans les iliaques primitives.

(M. Jean, *Soc. anat.*, 1875, 3ᵉ série, t. X, p. 232.)

N° 177. — Portion de l'aorte abdominale, avec la partie supérieure des deux iliaques primitives; oblitération complète de la partie inférieure de l'aorte abdominale.

Cette pièce provient d'une femme âgée de 51 ans. Le début de cette oblitération paraît avoir eu lieu quatre ans avant la mort de la malade; elle a ressenti à cette époque un engourdissement de l'extrémité pelvienne droite, cinq mois plus tard l'engourdissement a envahi le membre gauche. Vers la même époque cette femme fut également prise de palpitations violentes.

Le péricarde contenait environ 60 grammes de sérosité roussâtre. Le cœur était volumineux, avait 18 centimètres de hauteur en y comprenant les oreillettes, 14 centimètres de son sommet à l'origine de l'aorte, et 15 dans son diamètre transversale au niveau de l'origine de l'artère pulmonaire. Sa forme n'était pas du reste sensiblement altérée : toutes les cavités du cœur se sont agrandies en même temps que les parois ont augmenté d'épaisseur.

L'aorte, jusqu'au niveau des artères rénales, offre son calibre habituel; immédiatement au-dessous, elle est convertie en un

corps solide qui se rétrécit graduellement jusqu'à l'origine de la mésentérique inférieure, et se continue ensuite jusqu'à sa division en iliaque, sous forme de cordon ferme, arrondi, du volume d'une grosse sonde uréthrale. Les artères iliaques primitives et leurs branches, offrent également un volume moindre. Cette disposition s'étendait jusqu'au-dessous de l'arcade crurale du côté gauche, et disparaissait graduellement à droite au delà de l'artère poplitée. Cette oblitération, sur laquelle l'artère s'est rétrécie, est produite par un caillot mou à sa partie supérieure, rougeâtre, fibrineux, formé de couches non manifestement lamelleuses, adhérentes au pourtour de l'aorte, excepté à la face postérieure où il existe un canal latéral aplati, ayant à sa partie supérieure 1 centimètre 1/2, et se rétrécissant inférieurement de manière à ne plus avoir que deux tiers de ligne au niveau de la mésentérique inférieure. Ce caillot, plus dense au niveau de l'oblitération complète, se prolonge dans les divisions de l'aorte.

(M. Barth, *Arch. gén. de méd.*, 1835, 2me série. t. VIII, p. 26.)

N° 178. — Portion inférieure de l'aorte abdominale avec la partie supérieure des artères des membres inférieurs; oblitération de l'aorte par un caillot, suite probable d'embolie.

Cette pièce provient d'un homme de 61 ans, qui avait présenté une gangrène sèche du gros orteil gauche. Il existait chez cet homme une paralysie complète du mouvement des quatre membres, qui était survenue en 1829 d'une manière presque subite. Deux ans plus tard les mouvements revinrent en partie; pendant plusieurs années le malade put se traîner péniblement avec des béquilles, mais dix ans avant la mort la paralysie du mouvement était devenue complète. La sensibilité a toujours été intacte.

Les artères des membres explorées avec le plus grand soin depuis la fosse iliaque jusqu'au pied, ne présentaient aucuns battements sans que l'on puisse constater de caillots. La température examinée avec soin, tant qu'au pied et à la partie supérieure de la cuisse, à la main, était la même des deux côtés; mais au niveau du genou gauche, elle a donné au thermomètre les résultats suivants :

Sous les jarrets à gauche.	36°,5
— à droite	33°,0
Derrière les malléoles internes, à gauche .	28°,3
— — à droite . .	28,°6

La gangrène longtemps limitée à l'orteil, a envahi assez rapidement le pied et le quart inférieur de la jambe; à partir de ce moment l'examen thermométrique a donné les résultats suivants :

Sous les jarrets à gauche	34°,6
— à droite	34°,8
A la face interne des jambes à gauche . . .	34°,8
— — à droite. . . .	34°,6

M. Broca, dans son observation lisente avec soin la condition de cette différence de température.

A l'autopsie on a trouvé [illegible] sain.

L'aorte abdominale est oblitérée dans une étendue d'environ 3 centimètres, au niveau et au-dessus de sa bifurcation, par un caillot formé de deux parties bien distinctes. Les deux tiers inférieurs du caillot consistent en une masse grise, friable et grumeleuse, peu adhérente à la paroi, qui se prolonge en bas dans les deux artères iliaques primitives, et qui supérieurement se termine en une surface irrégulière, anfractueuse et comme brisée. Au-dessus de ce caillot ancien, évidemment ancien, se trouve un second caillot plus adhérent qui le coiffe pour ainsi dire, sans lui adhérer, et qui s'en distingue bien manifestement par sa couleur rougeâtre, et par sa consistance plus ferme. Ce caillot supérieur, qui paraît plus récent que l'autre, oblure tout le calibre de l'aorte jusqu'à la naissance de la dernière paire des artères lombaires, et au-dessus de ce point, se termine en une pointe conique libre et longue de 2 ou 3 centimètres.

Les deux iliaques primitives et les deux iliaques externes, étaient oblitérées jusqu'à la naissance des épigastriques. A droite, le caillot se prolonge dans l'hypogastrique dans une étendue de 1 centimètre A gauche, l'oblitération de l'hypogastrique était beaucoup plus étendue.

A droite, toutes les artères du membre abdominal étaient parfaitement perméables. A gauche, l'artère fémorale est perméable ainsi que ses branches jusqu'au voisinage du troisième adducteur. Au-dessous de ce point elle est oblitérée, ainsi que la poplitée, et la partie supérieure des trois artères de la jambe, par un caillot long, fibrineux, assez ferme, qui était rosé, rougeâtre même dans certains points et évidemment assez récent.

(Professeur Broca, *Soc. de chir.*, 1861, 2me série, t. II. p. 441.)

N° 179. — Artère aorte abdominale avec les deux artères iliaques; oblitération de l'aorte.

Cette pièce a été trouvée sur une petite fille de six ans qui a succombé à une amputation pratiquée pour une gangrène spontanée du membre inférieur. On constate que la partie inférieure de l'aorte abdominale, et les artères iliaques internes et externes, sont oblitérées par un caillot fibrineux, dense et adhérent. Cette pièce manque de renseignements.

(M. Guersant, 1870.)

N° 180. — Portion inférieure de l'aorte abdominale, avec les deux iliaques; oblitération de l'artère aorte.

Cette pièce a été trouvée sur un enfant de six ans, qui a été amputé pour une gangrène spontanée des membres inférieurs. La partie inférieure de l'aorte, les artères iliaques et la fémorale, sont oblitérées par un caillot dense, fibrineux, très-résistant et tres-adhérent. Il n'existe aucuns renseignements.

(M. Guersant, 1876.)

N° 181. — Portion de l'aorte abdominale avec la partie supérieure des artères des membres inférieurs; oblitération de l'aorte.

Cette pièce provient d'un homme de 69 ans, qui était atteint d'une artérite athéromateuse périphérique.

La partie inférieure de l'aorte abdominale est oblitérée par des caillots volumineux, qui se prolongent dans les artères iliaques internes et externes, et s'étendent également jusque dans les artères des membres inférieurs. Les caillots de l'aorte se prolongeaient à la partie supérieure, jusqu'aux artères rénales. Il existait des caillots cardiaques, avec de nombreux infractus viscéraux multiples. Cette pièce est malheureusement sans renseignements.

(M. Hayem, 1871.)

N° 182. — Caillots emboliques, volumineux, qui ont déterminé brusquement la mort; oblitération de l'artère pulmonaire.

Cette pièce provient d'une jeune femme de 27 ans, qui était affectée depuis plusieurs années de varices qui occupaient la veine saphène gauche. Ces varices, qui étaient considérables, avaient déjà été deux fois le siége de phlébites intenses.

En novembre 1861, cette femme qui, par la nature de ses occupations, était obligée de se tenir constamment debout, a été prise pour la troisième fois d'une inflammation de toute l'étendue de la saphène. A l'aide de la position et de soins appropriés, la phlegmasie allait en diminuant, lorsque après avoir passé une excellente nuit, elle fut prise brusquement d'un malaise indéfinissable qui lui fit jeter un cri d'alarme. Elle accusait une vive douleur dans la poitrine; la malade, en proie à une vive anxiété, s'écriait qu'elle allait étouffer. Le pouls était filiforme, les battements du cœur tumultueux mais sans bruit anormal. Cette femme succomba au bout de 24 heures.

A l'autopsie, on trouva la veine saphène externe, ainsi que ses divisions principales, occupées par un caillot dur, consistant, noirâtre, plus ou moins adhérent aux parois rouges de la veine épaissie. Ce caillot s'arrêtait brusquement au pli de l'aine, à l'endroit où la veine saphène profonde vient déboucher dans le tronc qui va devenir la veine iliaque gauche. Cette saphène profonde était libre, ainsi que toutes ses divisions; le sang qui y était contenu était complétement fluide. Il était évident qu'elles avaient servi de passage au sang veineux du membre inférieur, pour établir une circulation supplémentaire.

La veine iliaque était parfaitement libre et normale, le caillot s'étant arrêté au niveau du ligament de Poupart. La veine cave était parfaitement libre jusqu'à son entrée dans le cœur. Le cœur lui-même, un peu mou, friable, n'offrait d'ailleurs rien de notable, si ce n'est que l'oreillette et le ventricule droit contenaient une certaine quantité de sang parfaitement liquide, qui s'écoulait lors de l'incision du cœur, pour laisser voir l'état parfaitement normal de ces cavités. Le ventricule gauche était vide et contracté.

En incisant l'artère pulmonaire, on l'a trouvée remplie par un caillot qui, replié sur lui-même, était appliqué contre l'origine des deux divisions de l'artère, et occupait tout l'espace compris entre les valvules sigmoïdes et la bifurcation de l'artère. Ce caillot était parfaitement libre dans le tuyau artériel, auquel il n'adhérait aucunement. Les parois de l'artère pulmonaire, ainsi que tout l'endocarde, étaient d'une blancheur et d'un poli parfaits. Le caillot lui-même, long de 15 centimètres, était parfaitement cylindrique, et le diamètre de ce cylindre est loin de représenter celui de l'artère : il a à peine un peu plus de 1 centimètre. Il est aisé de voir que ce caillot ne s'était point formé dans l'artère pulmonaire.

(M. Briquet, 1862, *Gaz. des hôp.*, p. 97.)

N° 183. — Cœur avec l'aorte et l'artère pulmonaire; embolie de l'infundibulum du ventricule droit et de l'artère pulmonaire.

Cette pièce provient d'une femme de 46 ans, qui était atteinte d'une fracture comminutive de la jambe droite. M. Velpeau fit appliquer un appareil de Scutlet. Pendant trois semaines l'état de la malade était aussi bon que possible, lorsque cette malheureuse femme, en faisant un mouvement dans son lit, se sentit tout à coup prise de violentes palpitations, qui ne durèrent que quatre ou cinq secondes. Après avoir poussé un cri, elle tombait morte.

Le caillot embolique est situé à la partie supérieure de l'infundibulum et dans le tronc pulmonaire. Cette embolie est consti-

tuée par un caillot cylindroïde, pelotonné sur lui-même en forme de sangsue. Le cylindre sanguin est roulé en circonvolutions, dont chacune a des dimensions inférieures à celles de l'artère pulmonaire, mais égales à celles des caillots situés dans la veine fémorale ; il a, comme ces derniers, une largeur de 8 millimètres, ce qui ferait supposer que ce caillot est migrateur et vient de la cuisse. L'anse de la concrétion sanguine, qui est la plus inférieure, descend jusqu'à 3 ou 4 centimètres (au-dessous des valvules sigmoïde, dans la cavité même de l'infundibulum. La longueur de ce caillot migrateur est considérable : en additionnant les longueurs de chacune des anses et des bifurcations, on trouve une longueur totale de 36 centimètres. C'est qu'en effet, non-seulement la partie supérieure de l'infundibulum, le tronc et les deux branches de l'artère pulmonaire sont oblitérées, mais encore, du côté gauche un bon nombre de branches secondaires. A droite, le caillot est simple à partir de la bifurcation ; à gauche, il se multiplie en se ramifiant dans les rameaux de l'artère pulmonaire.

(Professeur Velpeau, *Soc. anat.* 1862, 2e série, t. VII, p. 279.)

N° 184. — Caillot desséché, qui a été retiré de l'artère pulmonaire.

Cette pièce provient d'un homme de 45 ans, qui a succombé dans la période algide du choléra. Ce caillot, en assez mauvais état de conservation, est un moule parfait de toutes les divisions de l'artère pulmonaire. On voit, en effet, à la périphérie, un chevelu formé de parties aussi déliées que des fils de toile d'araignée, qui doivent être la reproduction des capillaires.

(M. Rigal, *Soc. anat.*, 1855, 2e série, t. X, p. 624.)

Article 5

PLAQUES ATHÉROMATEUSES ET DILATATIONS DE L'ARTÈRE AORTE

Cet article comprend vingt-sept pièces, qui ne sont pas toutes très-bien classées, du n° 185 au n° 211 inclusivement. Mais il m'aurait été très-difficile de faire autrement. Huit de ces pièces, nos 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191 et

194, sont des exemples de plaques athéromateuses de l'aorte, sans dilatation très-notable de ce vaisseau. La pièce n° 192 est un exemple remarquable de plaque athéromateuse de l'artère fémorale, qui a perforé cette artère dans un cas de ligature. La pièce n° 193 est un exemple de rétrécissement de la portion recourbée de la crosse de l'aorte, et d'oblitération des artères des membres inférieurs, ce qui a déterminé une gangrène de ces membres.

Dix-sept pièces, du n° 195 au n° 211 inclusivement, sont des exemples d'athéromes de l'aorte avec des dilatations considérables, véritables anévrysmes par dilatation, dans lesquels il n'existe point de caillots.

N° 185. — Portion de l'artère aorte abdominale, qui présente de nombreuses plaques athéromateuses.

On constate sur ce vaisseau une perforation circulaire d'environ 5 millimètres de diamètre, qui correspond et communique avec une petite tumeur anévrysmale, du volume d'une noix, située à la surface de l'aorte.
(M. Barth.)

N° 186. — Cœur avec une portion de la crosse de l'aorte; plaques osteo-calcaires.

L'aorte, à son origine, présente de nombreuses plaques crétacées; la membrane interne, à 3 centimètres environ au-dessus de l'origine de l'aorte, est détruite par deux ulcérations irrégulières. Les valvules sigmoïdes sont saines. Le cœur est légèrement hypertrophié.
(Professeur Dupuytren.)

N° 187. — Aorte; plaques ostéo-calcaires.

L'aorte a été préparée par la dessication; elle présente, dans toute sa longueur, de nombreuses plaques ostéo-calcaires.
(Professeur Lœnnec.)

N° 188. — Portions d'artère aorte disposées au nombre de huit; plaques ostéo-calcaires.

Les cinq premières, en procédant de haut en bas, sont des

exemples de plaques ostéo-calcaires, à divers degrés de développement. Les trois dernières présentent des plaques ulcérées et ramollies.

(M. Barth.)

N° 189. — Collection de nombreuses portions de l'artère aorte; plaques crétacées.

Sur ces diverses portions de l'aorte, on observe des plaques crétacées et athéromateuses, à divers degrés de développement.

(M. Bouvier. 1823.)

N° 190. — Portion de la crosse de l'aorte avec l'aorte descendante; plaques crétacées.

Sur cette pièce préparée par dessication, on observe de nombreuses plaques crétacées qui transforment ce vaisseau en un canal rigide.

(Professeur Lœnnec.)

N° 191 — Cœur avec la moitié supérieure de l'aorte; caillot adhérent à l'aorte.

La partie inférieure de la crosse de l'aorte présente un caillot volumineux, adhérant aux parois du vaisseau ; le caillot a six centimètres de hauteur et obturait presque complétement le calibre de l'aorte. Cette pièce a été recueillie sur une femme de 62 ans, qui est morte de gangrène du pied et de la jambe. L'artère iliaque primitive gauche était oblitérée par un caillot ramolli à son centre. Les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées, et les valvules normales.

(M. Boudet, *Soc. anat.*, 1838, t. XIII, p. 67.

N° 192. — Portion d'artère fémorale; ulcération de l'artère, située à trois centimètres au dessus de la ligature.

Cette artère provient d'un moignon d'amputé. L'ulcération n'a occasionné aucun accident et a été reconnue seulement lors de la dissection, 49 jours après l'amputation.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans, qui a été amputé de la cuisse pour une tumeur blanche du genou. L'artère fémorale, qui est d'un volume considérable, est ossifiée au point

de former un tube béant, dont les parois rigides n'ont aucune tendance à s'affaisser.

L'artère, la veine fémorale et le nerf saphène interne, sont réunis entre eux dans un espace de 5 centimètres par un tissu blanc, mat, dur et assez résistant. Le cylindre artériel est parsemé de plaques athéromateuses. Inférieurement, l'artère présente un renflement considérable terminé par une portion effilée. Ce renflement, isolé avec soin de la veine, laisse voir en arrière une ulcération circulaire de 2 millimètres de diamètre, située à 3 centimètres au-dessus de la terminaison de l'artère, qui pénètre jusque dans le calibre du vaisseau ; on y voit au centre une plaque athéromateuse saillante, qui semble la cause de l'altération de la paroi vasculaire. L'extrémité inférieure de l'artère est remplie par le caillot obturateur.

Dans la position normale, ce pertuis se trouvait oblitéré par la veine remplie de caillots, car cette veine, adhérant à la partie postérieure de l'artère, formait un bouchon à l'orifice artériel.

L'artère, fendue dans toute sa longueur, offre une coloration normale à sa partie supérieure, c'est-à-dire vers la naissance de la fémorale profonde ; mais, à partir de ce point, la coloration rouge allait en augmentant jusqu'au bouchon fibrineux qui obture ce vaisseau. Ce caillot fibrineux, long de 3 centimètres, est feuilleté, décoloré supérieurement, rouge au contraire inférieurement; enfin la portion du caillot qui correspond à la terminaison effilée du vaisseau est gris ardoisé, et présente évidemment un commencement d'altération. La partie supérieure du caillot adhère seule à l'artère dans une étendue d'un centimètre.

Les parois de l'artère dans le point correspondant à la ligature sont très-adhérentes et ne paraissent avoir subi aucune altération.

Quant à la veine fémorale, elle aussi présente à son extrémité inférieure une altération remarquable. Sur la partie antérieure de son extrémité terminale et correspondant exactement à la face postérieure de l'artère ulcérée, existe une tache arrondie, gris ardoisé, et, en ce point, un amincissement considérable de la paroi veineuse, qu'une traction légère suffit à rompre. Il nous semble même qu'il existe un pertuis au centre de la tache.

(Professeur Richet, *Soc. de chir.*, 1864, 2e série, t. V, p. 30.)

N° 193. — Cœur avec l'aorte et les artères iliaques; rétrécissement de la crosse de l'aorte.

Le rétrécissement de la crosse de l'aorte est considérable : ce vaisseau, en ce point, présente environ 1 centimètre 1/2 de diamètre. Le tronc brachio-céphalique naît entre le rétrécissement

et le cœur ; l'artère carotide primitive gauche, ainsi que la sous-clavière naissent au-dessous. L'aorte est saine dans toute son étendue, mais plus petite qu'à l'état normal. Le ventricule gauche est hypertrophié. L'iliaque primitive gauche est oblitérée par un caillot. Il existait une gangrène sénile du membre inférieur de ce côté.

(Professeur Breschet.)

N° 194. Cœur avec la première portion de la crosse de l'aorte ; perforation d'une valvule sigmoïde.

L'aorte est assez dilatée, et présente de nombreuses plaques crétacées dans l'épaisseur de ses parois. Les valvules sigmoïdes sont couvertes de nombreuses végétations, et l'une d'elles est même assez largement perforée. La cavité du ventricule est notablement dilatée : elle présente 12 centimètres de diamètre ; les parois en sont hypertrophiées, l'endocarde est épaissi.

(Professeur Corvisart.)

N° 195. — Cœur avec la crosse de l'aorte ; dilatation aortique avec hypertrophie du ventricule gauche.

La crosse de l'aorte est notablement dilatée ; il existe, en outre, de nombreuses plaques ostéo-calcaires. Les valvules sigmoïdes sont saines. La cavité du ventricule gauche est très-dilatée, en même temps que les parois sont hypertrophiées : elles ont deux centimètres d'épaisseur. Les colonnes charnues, complétement effacées dans la moitié supérieure du ventricule gauche, sont très-volumineuses et bien détachées dans la moitié inférieure.

(M. Gueneau de Mussy.)

N° 196. — Crosse de l'aorte avec l'aorte thoracique ; dilatation de la crosse.

Cette pièce, préparée par dessiccation, présente une dilatation périphérique de la portion ascendante de la crosse ; il existe en outre de nombreuses plaques crétacées.

(Professeur Laennec.)

N° 197. — Crosse de l'aorte ; dilatation.

Cette pièce, préparée par dessiccation, présente une dilatation

périphérique assez considérable de la portion ascendante de la crosse de l'aorte, avec de nombreuses plaques crétacées.
(Professeur Breschet.)

N° 198. — Portion ascendante de la crosse de l'aorte; dilatation.

Cette pièce, qui a été recueillie sur une femme de 40 ans, présente une dilatation considérable de la portion ascendante de la crosse de l'aorte, dont les parois sont transformées en un tube rigide, résultant de nombreux dépôts crétacés.
(Professeur Marjolin.)

N° 199. — Crosse de l'aorte; dilatation.

La dilatation, limitée à la portion ascendante de la crosse de l'aorte, est considérable et cylindroïde. Cette portion du vaisseau a triplé de calibre ; les parois en sont rigides et complétement incrustées de dépôts crétacés.
(Professeur Marjolin.)

N° 200. — Crosse de l'aorte avec la portion thoracique; dilatation anévrysmale.

La portion ascendante de la crosse de l'aorte présente une dilatation périphérique considérable avec de nombreuses plaques crétacées. A sa face postérieure existe une dilatation ampullaire considérable, sous forme de diverticulum : anévrysme vrai, greffé sur une dilatation, et sans caillots.
(Professeur Marjolin.)

N° 201. — Crosse de l'aorte; dilatation.

L'aorte est incrustée de nombreuses plaques crétacées, et la crosse présente une dilatation périphérique assez considérable.
(Professeur Marjolin.)

N° 202. — Cœur avec la crosse de l'aorte et une portion de l'aorte thoracique; dilatation.

L'aorte est incrustée de nombreuses plaques crétacées, irrégulières, qui donnent à ses parois une rigidité considérable; elle

présente en outre une dilatation périphérique notable, qui fait que son calibre est augmenté d'un tiers environ.
(Professeur Lœnnec.)

N° 203. — Cœur avec la crosse de l'aorte ; dilatation considérable de la crosse de l'aorte.

Le cœur est normal, la crosse de l'aorte est notablement dilatée, avec épaississement considérable. De nombreuses plaques crétacées s'observent sous la membrane interne qui, dans certains points, est ulcérée, l'orifice de la carotide primitive gauche est oblitéré, et, il existait un ramollissement du cerveau de ce côté.

N° 204. — Cœur avec la crosse de l'aorte ; dilatation considérable de la crosse de l'aorte.

Cette pièce provient d'une femme de 68 ans. La crosse de l'aorte est très-dilatée presque doublée de calibre, la dilatation est cylindroïde, il existe de nombreuses plaques ostéo-calcaires, avec des ulcérations de la membrane interne. La dilatation est telle que la crosse de l'aorte, quoique normale au niveau de sa terminaison, paraît rétrécie. Les valvules aortiques sont saines, les parois du ventricule gauche sont légèrement hypertrophiées, et la cavité est un peu dilatée.
(Professeur Chomel, 1836.)

N° 205. — Cœur avec la crosse de l'aorte ; dilatation considérable de ce vaisseau.

La crosse de l'aorte dans toute son étendue est très dilatée, et les parois épaissies sont incrustées de nombreux dépôts crétacés qui ont ulcéré la membrane interne, ces dépôts dans certains points ont 3 centimètres d'étendue. Les valvules aortiques sont normales et le ventricule gauche légèrement hypertrophié.
M. Bouvier.)

N° 206. — Aorte, avec les artères des membres inférieurs ; dilatation.

L'aorte présente dans toute son étendue un dilatation périphérique ; il existe en outre, au niveau de sa crosse qui est manifestement la partie la plus dilatée, un certain nombre de dilatations

ampullaires, qui lui donnent un aspect bosselé ; une de ces bosselures a le volume d'une petite pomme. Les parois du vaisseau, sont parsemées de nombreuses concrétions crétacées, dont quelques-unes ont détruit, ulcéré la membrane interne.

(M. Burguière, *Soc. anat.*, 1837; t. XII, p. 72.)

N° 207. — Modèle en cire d'un cœur avec l'aorte ; dilatation considérable de l'aorte.

Sur cette pièce, l'artère aorte, depuis son origine au ventricule gauche jusqu'à son passage à travers les piliers du diaphragme, est très-dilatée, surtout au niveau de sa crosse, où la cavité peut admettre le volume du poing. Dans toute cette étendue, elle a triplé de volume. Les parois sont criblées de dépôts crétacés. Les artères brachio-céphaliques, sous-clavières et carotides sont considérablement épaissies. Les valvules aortiques sont saines et le cœur très-hypertrophié.

(Professeurs Ant. Dubois et Dupuytren.)

N° 208. — Cœur avec l'aorte thoracique ; dilatation considérable de l'aorte.

La dilatation de l'aorte est surtout prononcée au niveau de la première portion de la crosse qui a acquis un calibre énorme; à partir de ce point, la dilatation va graduellement en diminuant. Les tuniques de l'artère sont épaissies et parsemées de nombreuses plaques crétacées, d'une étendue variable, qui donnent aux parois de l'aorte une grande rigidité. Quelques-unes de ces plaques ont usé, détruit la membrane interne et font saillie à l'intérieur du vaisseau. Le ventricule gauche est hypertrophié, et les valvules sont saines et suffisantes.

(M. Barth, 1842.)

N° 209. — Cœur avec l'aorte thoracique; dilatation considérable de la crosse de l'aorte.

La première portion de l'aorte a subi une dilatation telle, qu'à sa partie moyenne elle a acquis 27 centimètres de circonférence. Les parois en sont épaissies et présentent de nombreuses plaques crétacées qui lui donnent une grande rigidité.

(Professeur Marjolin et M. Rullier.)

N° 210. — Cœur avec la crosse de l'aorte; dilatation de l'aorte.

La crosse de l'aorte, sur la partie latérale gauche, présente une dilatation ampullaire considérable, qui a pour limite supérieure le tronc brachio-céphalique. Les parois de cette poche sont amincies dans certains points, ce qui témoigne de l'existence d'éraillements de la tunique moyenne, et tout le vaisseau présente de nombreux dépôts crétacés qui donnent une grande rigidité à ses parois.

(Professeur Marjolin et M. Rullier.)

N° 211. — Cœur avec la crosse de l'aorte; dilatation considérable de ce vaisseau.

Le calibre de la crosse de l'aorte, dans sa première portion, a acquis des dimensions énormes; les parois, épaissies, sont criblées de larges plaques crétacées qui donnent à la membrane interne, ulcérée dans certains points, un aspect rugueux. Quelques plaques font même saillie à travers cette membrane dans la lumière du vaisseau.

Le ventricule gauche est très-dilaté, ses parois sont en même temps hypertrophiées. Dans la cavité, on remarque des plaques blanches qui paraissent devoir être le résultat d'endocardites partielles. Les valvules sigmoïdes de l'aorte présentent quelques plaques crétacées; mais elles sont, relativement à l'aorte, peu altérées.

(Professeur Hardy, 1840.)

Article 6.

ANÉVRYSMES DE LA CROSSE DE L'AORTE

Les anévrysmes par dilatation, kysteux ou sacciforme, et par rupture de la crosse de l'aorte, peuvent siéger dans la portion ascendante de la crosse aortique, ou dans la partie recourbée de ce vaisseau. Ces anévrysmes peuvent se porter du côté du sternum qu'ils usent sur la ligne médiane, ou bien

sur l'un des côtés, détruisant les cartilages correspondants, et ils peuvent venir faire saillie jusque sous la peau.

La poche siégera alors, suivant l'origine de la tumeur, sur le côté gauche ou sur le côté droit de la poitrine. Dans ce dernier cas, c'est en général de la partie latérale et convexe de la portion ascendante de la crosse de l'aorte que naît la tumeur. Si les anévrysmes naissent de la terminaison de la crosse de l'aorte, ils proéminent en arrière, ils s'appliquent contre la colonne vertébrale; ils peuvent même, dans certains cas, se prolonger directement de bas en haut, passer en arrière des clavicules et venir faire saillie à la région antérieure du cou. Il peut alors arriver, comme sur la pièce n° 230, que le diagnostic en soit très-difficile, et que la tumeur puisse être prise pour un anévrysme du tronc brachio-céphalique ou un anévrysme de l'artère carotide.

Il existe, dans le Musée, quarante-sept pièces d'anévrysmes de la crosse de l'aorte, du n° 212 au n° 258 inclusivement. Ces pièces sont des plus variées; on peut cependant les classer en quelques types principaux que je vais rapporter dans les généralités propres à cet article. Un certain nombre de ces tumeurs, n°s 212, 213, 216, 217, 230, 231, 232, 236, 239, 242, 243, 244, 245, 246, 250, 253, 257, sont des exemples d'anévrysmes de la crosse de l'aorte par dilatation considérable de ce vaisseau. Quelques-unes de ces tumeurs anévrysmales ont produit des érosions du sternum et des côtes, et même des perforations du sternum, n°s 214, 215, 234, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 244, 245, 247, 254. Sur la pièce n° 217 il existe une oblitération de l'artère carotide primitive à son origine.

Sept pièces, n°s 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, sont des exemples intéressants d'anévrysmes disséquants; les n°s 222 et 223 sont des dessins destinés à représenter les divers points de la pièce n° 221. Sur quelques-unes de ces pièces, n°s 220 et 224, la dissection est circonférentielle, c'est-à-dire qu'elle représente un tube renfermé dans un second : c'est ordinairement dans l'épaisseur de la tunique moyenne que s'établit la séparation. La pièce n° 221 est un exemple très-remarquable de dissection opérée sur un seul côté de l'aorte,

et cela dans toute l'étendue, depuis son origine jusqu'au delà de sa terminaison.

Les pièces n°s 225, 226, 227, 233 sont des anévrysmes par rupture de l'artère aorte, la plupart greffés sur une dilatation préexistante. Lorsque la poche secondaire s'enkyste, le plus souvent dans la tunique celluleuse, elle constitue alors un sac secondaire greffé sur la dilatation. M. Cruveilhier a donné à cette forme le nom d'anévrysme sacciforme, n°s 228, 229, 235, 238, 240, 241, 248, 249, 251, 252.

La pièce n° 258 présente un intérêt scientifique spécial : elle a été déposée dans le Musée par Corvisart, comme un exemple rare de guérison spontanée d'un anévrysme, par la réplétion de la tumeur par un caillot fibrineux adhérent.

N° 212. — Cœur avec la crosse de l'aorte ; dilatation anévrysmale très-considérable.

La crosse de l'aorte, surtout la première portion, a subi une dilatation énorme ; elle a 14 centimètres de diamètre transversal et 15 de hauteur. Les parois de ce vaisseau, hypertrophiées, sont parsemées de nombreux dépôts crétacés. La cavité ventriculaire gauche est hypertrophiée et les parois en sont dilatés.

(Professeur Chomel, 1840.)

N° 213. — Modèle en cire d'un cœur, avec la crosse de l'aorte ; dilatation anévrysmale considérable de la crosse.

La dilatation de la crosse de l'aorte paraît s'être faite principalement aux dépens de la paroi antérieure. La tumeur est régulièrement arrondie ; elle a 12 centimètres dans son diamètre vertical et transversal; elle s'étend depuis l'origine de l'aorte jusqu'à la sous-clavière. Par suite de la distension de la crosse de l'aorte, les origines des vaisseaux sont éloignées les unes des autres. De nombreux caillots rougeâtres, situés dans l'intérieur du péricarde, adhèrent au feuillet viscéral.

(Professeur Desgenettes, 1809.)

N° 214. — Crosse de l'aorte avec le sternum ; dilatation anévrysmale considérable de la crosse.

La dilatation occupe principalement la partie antérieure de la

crosse, et forme une tumeur qui était remplie par un grand nombre de couches de fibrine décolorées et coagulées. La longueur de cette poche est de 10 centimètres 1/2, sa largeur de 9; elle adhère à la face interne de la première pièce du sternum qu'elle a érodée, au cartillage de la deuxième et troisième côte du côté gauche. L'aorte à son origine, dans l'étendue de 4 centimètres, n'a point subi de dilatation. La limite supérieure est au niveau de l'orifice de la carotide primitive droite. Il existe de nombreux dépôts crétacés.

(M. Lesage, *Thèse*, an XII, 1803, t. IV, p. 58.)

N° 215. — Crosse de l'aorte avec le sternum et une partie des cartilages costaux, anévrysme par dilatation de la crosse aortique.

Cette pièce provient d'un homme de 20 ans. La crosse de l'aorte a subi une dilatation considérable, et, à sa partie droite, immédiatement au-dessous de l'origine des gros vaisseaux, il s'est produit une seconde dilatation qui paraît avoir résisté un certain temps. Sur le côté droit de cette seconde dilatation, il en existe une troisième qui est considérable : d'où résulte qu'il existe trois poches accolées les unes aux autres. La poche moyenne adhère à la face interne du sternum qu'elle a érodé et même perforé sur son bord droit. La troisième poche, la plus volumineuse, adhère à la face interne des cartilages costaux et des côtes qu'elle a profondément usée. Cette poche est venue se mettre en contact avec le muscle pectoral, dont les fibres musculaires ont été écartées dans plusieurs points, et, entre ces écartements, cette poche, la plus volumineuse des trois, avait contracté des adhérences avec la peau.

(Professeur Marjolin et M. Rullier.)

N° 216. — Portion supérieure du ventricule gauche avec la crosse de l'aorte, le larynx et la trachée-artère; anévrysme par dilatation de la crosse.

La crosse de l'aorte est considérablement dilatée dans toute son étendue; la tumeur qui en résulte est régulièrement arrondie : elle a 27 centimètres de diamètre dans le sens transversal, et 12 dans le sens antéro-postérieur. A droite, elle était adhérente avec les poumons, dans une petite étendue; à gauche, l'adhérence était plus considérable et le poumon était fort comprimé. L'intérieur de la tumeur est rempli par un caillot, dont la partie supérieure, qui a 7 centimètres d'épaisseur, est fortement décolorée : il est composé de couches concentriques lamellaires. Il a été divisé en

deux verticalement, et sur le côté droit on peut compter jusqu'à vingt-deux couches. La partie inférieure du caillot était formée par du sang à peine coagulé, les valvules aortiques sont saines. Le ventricule gauche était dilaté et les parois hypertrophiées.
(M. Louis. 1840.)

217. — Cœur avec la crosse de l'aorte; dilatation anévrysmale de la crosse de l'aorte.

Cette pièce provient d'un homme de 46 ans environ. La dilatation qui est considérable occupe toute la crosse, le tronc brachio-céphalique est un peu projeté en haut et en avant, l'artère carotide primitive gauche est oblitérée. En arrière, la tumeur présente un prolongement conique qui se place, d'une part, entre l'œsophage déjeté à gauche, et la trachée qui est fortement portée à droite. Les parois de l'aorte, épaissies, sont incrustées de nombreux dépôts crétacés ; à la partie supérieure, existe un caillot fibrineux que l'on peut décomposer en un grand nombre de feuillets superposés. Le ventricule gauche est légèremant hypertrophié et les valvules sigmoïdes sont saines.
(M. Beauvais. 1853.)

N° 218. — Cœur avec la crosse de l'aorte; anévrysme disséquant de la crosse de l'aorte.

La pièce est en assez mauvais état de conservation; la crosse de l'aorte, notablement dilatée, présente un épaississement de ses parois, avec de nombreux dépôts crétacés. A peu de distance de son origine, l'aorte présente une rupture des membranes internes et moyennes, et un épanchement sanguin de peu d'étendue, s'était produit entre ces diverses tuniques. Le ventricule gauche, légèrement distendu, présente une hypertrophie assez considérable de ses parois.
(Professeur Lœnnec, 1817.)

N° 219. — Cœur avec l'aorte thoracique; dilatation de la crosse de l'aorte, anévrysme disséquant.

Cette pièce provient d'un homme de 40 ans, qui était entré à l'hôpital de la Charité pour des coliques ; il mourut subitement après avoir causé un instant avec l'infirmier. A l'autopsie, on a trouvé la cavité du péricarde remplie par une quantité considérable de sang liquide et en caillots. L'aorte, vue par sa face interne, est très-dilatée et présente, à 3 centimètres des valvules

sigmoïdes, une déchirure transversale qui occupe environ les deux tiers de la circonférence de ce vaisseau : les bords en sont irréguliers.

A la face externe de l'aorte qu'elle intéresse en totalité, cette déchirure répond au niveau du bord supérieur du ventricule droit. Les diverses tuniques de l'aorte sont manifestement disséquées de bas en haut, et même de haut en bas. Dans cette dernière direction, la dissection a pour limite l'origine de l'artère coronaire antérieure. La dissection des tuniques, de bas en haut, est beaucoup plus considérable : elle se prolonge tout le long de la partie convexe de la crosse, jusqu'à l'origine du tronc brachio-céphalique. La crosse de l'aorte ne fournit que deux troncs : l'un de ces troncs, très-volumineux d'un diamètre d'au moins 3 centimètres, fournit la sous-clavière à droite et les deux de carotides.

(Professeur Cruveilhier, *Soc. Anat.*, 1849, t. XXIV, p. 227.)

N° 220. — Cœur avec l'aorte thoracique ; anévrysme disséquant de la crosse de l'aorte.

Cette pièce provient d'un homme de 52 ans, qui n'avait jamais présenté aucun symptôme de maladie du cœur avant l'âge de 42 ans. A partir de cet âge, il devint sujet à des battements de cœur, à de l'oppression, à de fréquents vertiges. Un an avant sa mort il entra à la Charité, dans le service de M. Briquet, pour une dyspnée notable. Le cœur, très-hypertrophié, présentait un bruit de souffle au second temps, derrière le sternum, avec des battements très-forts dans la carotide gauche. A partir de cette époque, ce malade n'a pu reprendre qu'irrégulièrement ses travaux.

Le 8 mai 1853, trois mois avant sa mort, ce malade dut rentrer de nouveau dans le service de M. Briquet. Il était obligé de rester assis, la tête penchée en avant : il suffoquait. La tête était agitée par chaque battement de cœur. Les battements de l'artère carotide droite étaient sensibles, et l'auscultation faisait entendre un bruit de souffle faible au premier temps, fort et long au deuxième temps. A gauche, le battement de la carotide était tellement fort, qu'il était visible dans toute l'étendue de ce vaisseau.

A l'auscultation, on constatait que les battements du cœur était forts, assez irréguliers, sans intermittence régulière. Tout le long du sternum il existait un bruit de souffle leger au premier temps, plus fort et plus prolongé au second, dont le maximum d'intensité était difficile à déterminer. Il y avait un œdème des membres inférieures.

Le cœur, assez régulièrement arrondi, est volumineux : Il mesurait 13 centimètres de largeur au niveau du sillon auriculo-ventriculaire, et 12 centimètres de ce sillon à la pointe. Les valvules

sont saines et suffisantes. Le ventricule gauche est dilaté, sa paroi a 2 centimètres d'épaisseur.

Au-dessus de l'oreillette droite, au niveau même de l'origine de l'aorte, existait une tumeur à parois denses; cette tumeur, longue de 13 centimètres et large de 17, contenait un caillot noir, volumineux, peu dense, et, au centre, on a trouvé l'aorte complétement rompue par le milieu. Cette poche, qui paraît formée par la tunique celluleuse de l'aorte épaissie, est condensée, au point de simuler une tunique artérielle; elle représente un énorme cylindre rétréci à ses extrémités, analogue à une aorte dilatée. Cette poche naît de l'origine même de l'aorte; elle n'adhère à ce vaisseau qu'à son origine en arrière, et à la partie postérieure du point de la crosse d'où partent le tronc brachio-céphalique et les artères carotide et sous-clavière gauche. La dissection se prolonge en avant en forme d'infundibulum, à la partie antérieure du tronc inominé et de la carotide primitive ; sur cette artère la dissection se prolonge jusqu'à la carotide interne dans laquelle elle pénètre ; elle passe au-devant de la sous-clavière, puis elle cesse à la fin de la crosse de l'aorte. La face interne de ce sac anévrysmal est mamelonnée, inégale, et présente quelques plaques crétacées.

Dans l'intérieur du sac, on voit l'origine de l'aorte naissant du ventricule gauche. Cette partie de l'aorte est réduite à ses membranes internes et moyennes qui sont nettement coupées en travers, d'avant en arrière et de haut en bas; en sorte que cette portion de l'aorte présente 3 centimètres en avant, et 2 1/2 en arrière. Ce tube, en dedans duquel on voit les trois valvules sigmoïdes, est libre en avant dans toute son étendue, et adhère au sac par sa partie postérieure dans une étendue de 2 centimètres carrés environ.

La surface de section est unie, mais la membrane interne avance un peu sur la membrane moyenne de l'artère, qui est rétractée au niveau de la portion adhérente; les bords de la solution de continuité sont plus minces et un peu déchiquetés.

La partie supérieure de l'aorte est séparée par une distance de 5 millimètres. Cette partie est constituée par la portion de la crosse qui émet les artères brachio-céphaliques, carotide et sous-clavière gauche. D'un côté, elle se termine, en se continuant avec l'aorte thoracique en dehors du sac ; de l'autre côté, elle présente dans le sac un tube libre de toute adhérence, long de 4 centimètres, à partir de l'origine du tronc brachio-céphalique. Cette portion de l'aorte est réduite à ses membranes interne et moyenne; de cette portion de l'aorte descend une lanière à bords coupés à pic, large d'un 1/2 centimètre, longue de 4 centimètres 1/2, formée par la tunique interne et moyenne de l'aorte, qui se réunit par une extrémité effilée, adhérente a la paroi du sac anévrysmal,

à la surface de section de l'origine de l'aorte, qui est restée adhérente aux parois du sac.

Au point où l'aorte croise la bronche gauche, le sac anévrysmal n'existe plus qu'en avant, et se termine par une ouverture elliptique de 6 centimètres de circonférence, qui fait communiquer l'anévrysme avec l'aorte. Les bords de cette ouverture sont formés, d'un côté, par la tunique moyenne amincie de la crosse de l'aorte; de l'autre, par la membrane épaisse du sac anévrysmal. En sorte qu'à ce niveau, en regardant par l'aorte thoracique, on voit déboucher deux canaux séparés par un simple diaphragme, l'un étant constitué par la portion de l'aorte, l'autre par l'ouverture supérieure du sac anévrysmal.

L'artère carotide primitive gauche, dans sa moitié externe, est, comme nous l'avons dit, dénudée de sa tunique externe dans toute sa longueur. L'anévrysme disséquant a dilaté cette tunique au point d'avoir un calibre un peu supérieur à l'artère elle-même. Au moment où cette artère allait pénétrer dans le canal carotidien, la paroi interne de l'anévrysme formée par les tuniques interne et moyenne, s'était amincie, et bientôt n'est plus constituée que par la tunique interne de l'artère qui présentait deux ouvertures.

(M. Goupil, *Soc. anat.*, 1853, t. XXVIII, p. 276.)

N° 221. Cœur avec une grande partie de l'artère aorte; anévrysme disséquant et latéral de l'aorte.

Cette pièce provient d'un homme de 36 ans, qui, à la suite d'un effort, avait éprouvé une vive douleur à la partie inférieure et antérieure droite de la poitrine, avec quinte de toux, oppression, et, plus tard, il lui survint des battements du cœur.

A son entrée à l'hôpital, M. Bouillaud constata qu'il existait, vers la région précordiale, une matité de 14 centimètres verticalement, la pointe du cœur correspondait au sixième espace intercostal.

La région précordiale était agitée par un double mouvement de soulèvement et d'affaissement qui correspondait à la systole et à la diastole ventriculaire. Le double claquement valvulaire était, en grande partie, couvert par un double bruit de souffle rude, râpeux. Il existait une voussure manifeste de la région du sein droit : elle s'étendait, en haut et en dehors, jusqu'au bord supérieur et interne de l'aisselle, et en bas, jusqu'aux cinquième et sixième côtes; il y avait une matité très-manifeste dans toute cette étendue. Dans le même point, il existait un double battement, double mouvement de soulèvement et d'abaissement dont le premier coïncidait avec le systole ventriculaire, et le second avec la diastole. Dans toute l'étendue de la voussure, il existait un bruit

de souffle très-fort, large, diffus, comparable à un bruit *d'étrille*, et sans mélange d'aucun bruit de claquement.

Sur la région de la tumeur, existait un frémissement vibratoire profond, isochrome à la diastole de l'aorte et à la systole ventriculaire; il existait un frémissement analogue dans l'échancrure supérieure du sternum.

Le cœur est volumineux et pesait 650 grammes; il existe à sa surface quelques plaques laiteuses. Les cavités sont dilatées, les parois hypertrophiées; les valvules, quoique suffisantes, sont un peu épaissies.

L'aspect de l'aorte est singulier. Ce vaisseau représente deux tubes adossés l'un à l'autre; ce qui avait fait croire d'abord à une *aorte double*; mais il est facile de constater, sur cette pièce, qu'à 1 centimètre environ au-dessus de l'origine de l'aorte, il existe, dans environ une moitié de la circonférence de ce vaisseau, une rupture de la membrane interne et d'une partie de l'épaisseur de la moyenne. A partir de ce point, il s'est creusé, dans l'épaisseur de la membrane moyenne, un canal qui simule une aorte adossée à la première. Ces deux canaux n'ont point le même calibre; celui de l'aorte artificielle résultant de la dissection de la tunique moyenne, est plus considérable de près d'un tiers. Ces deux canaux, ainsi adossés, existaient dans toute la longueur de l'aorte et donnaient tous deux passage au sang.

Dans la région sternale, l'aorte artificielle cachait et couvrait en partie l'aorte vraie qui lui était postérieure.

Dans la portion descendante, l'aorte artificielle était placée à droite et un peu en arrière. La cloison qui sépare les deux canaux dans la portion ascendante de l'aorte, est percée de plusieurs petits trous arrondis qui font communiquer les deux canaux. En bas, au niveau de sa bifurcation en iliaques, la cloison présente une large ouverture de forme ovalaire qui avait la plus grande ressemblance avec le trou de Botal. Le diamètre de cette ouverture est environ de 1 centimètre, et c'est à ce niveau que se termine la dissection des tuniques.

Le tronc brachio-céphalique, la carotide primitive gauche, les artères intercostales et lombaires, l'artère cœliaque, les artères mésentériques supérieure et inférieure naissaient sur la portion normale de l'aorte, tandis que la sous-clavière gauche, sur laquelle se prolonge la dissection, naissait de l'anévrysme disséquant.

Le canal qui est constitué par l'anévrysme disséquant, immédiatement au-dessus de son origine, est le siége d'une dilatation considérable qui forme une tumeur ovoïde du volume d'un œuf de dinde; cette cavité renfermait des caillots non adhérents. Les parois de l'aorte sont le siége de nombreuses plaques crétacées

qui sont surtout développées du côté de l'aorte où siège l'anévrysme disséquant.

(Professeur Bouillaud, *Arch. gén. de méd.*, 1874, 4me série, t. XV, p. 248.)

N° 222. — Dessin à l'aquarelle représentant le cœur et la moitié supérieure de l'aorte, de la pièce précédente n° 221.

(Professeur Bouillaud.)

N° 223. — Deux dessins à l'aquarelle représentant la presque totalité de la pièce n° 221.

(Professeur Bouillaud.)

N° 224. — Cœur avec la crosse de l'aorte; anévrysme disséquant de la crosse de l'aorte.

Cette pièce provient d'une femme de 27 ans qui est morte subitement à l'hôpital de la Salpêtrière. La crosse de l'aorte, 3 centimètres environ au-dessus des valvules sigmoïdes, présente une rupture horizontale de la membrane interne et d'une partie de l'épaisseur de la moyenne. Cette rupture, qui s'est faite spontanément, occupe les trois quarts antérieurs de la circonférence aortique, et une dissection, qui se prolonge dans toute l'étendue de la crosse de l'aorte et même sur l'origine des vaisseaux qui en naissent, siége dans l'épaisseur de la tunique moyenne. Cette dissection, comme la rupture, n'occupe que les trois quarts antérieurs de la crosse; en arrière, les membranes ne présentent point de solution de continuité. La poche anévrysmale, constituée par la membrane externe, et une mince couche de la membrane moyenne, était remplie de caillots fibrineux. L'aorte ne présente point de plaques ostéo-calcaires. La cavité du ventricule gauche est dilatée, les parois qui sont notablement hypertrophiées, ont presque partout 3 centimètres d'épaisseur. Les valvules sigmoïdes, légèrement épaissies, sont suffisantes.

N° 225. — Modèle en cire d'un cœur avec la première portion de la crosse de l'aorte; perforation térébrante de l'aorte.

Le cœur paraît avoir subi une dégénérescence graisseuse assez avancée. L'aorte, à 1 centimètre environ au-dessus des valvules sigmoïdes sur sa partie droite et convexe, présente une perforation d'un diamètre d'environ cinq millimètres et qui traverse le

vaisseau de part en part ; elle résulte probablement d'un athérome.

L'ouverture interne présente le même aspect et la même dimension que l'externe. Un épanchement considérable de sang s'est effectué dans la cavité du péricarde.

N° 226. — Cœur avec la crosse de l'aorte; dilatation de ce vaisseau qui s'est perforé à sa partie inférieure.

La crosse de l'aorte, dans toute son étendue, est infiltrée de nombreuses plaques crétacées; elle a en outre subi une dilatation considérable qui, dans certains points, a presque doublé son calibre. A la partie inférieure et un peu latérale droite, existe une large perforation d'environ 1 centimètre 1/2 par laquelle s'est faite une hémorrhagie considérable. Les bords de cette ouverture sont amincis, frangés et irréguliers.

Le ventricule droit est un peu hypertrophié.

(M. Lafargue, *Bul. de la Fac.*, 1808, p. 23.)

N° 227. — Modèle en cire du cœur et de la première moitié de la crosse de l'aorte ; anévrysme kysteux et par rupture de ce vaisseau.

La crosse de l'aorte notablement dilatée, présente les traces de nombreux dépôts crétacés ; sur le côté gauche, à 8 centimètres environ au-dessus de l'origine du vaisseau, existe une perforation ulcéreuse, qui résulte probablement d'un athérome. Le diamètre de la perforation est environ de 2 centimètres; un sac anévrysmal arrondi, du volume d'une grosse noisette, s'est formé au niveau de la perforation. Il est constitué par la tunique celluleuse, la cavité de cette poche est remplie par un caillo fibrineux.

(Professeur Corvisart, Assemblée des professeurs, floréal an VIII.)

N° 228. — Cœur avec la crosse de l'aorte; dilatation anévrysmale de ce vaisseau avec anévrysme kysteux.

La crosse de l'aorte a subi une dilation considérable, et ses parois sont incrustées de nombreux dépôts crétacés qui lui donnent une grande densité et transforment ce vaisseau en un canal rigide. L'aorte, aussitôt son origine, présente à sa face antérieur un diverticulum qui descend sur la face antérieure du ventricule, et contient dans sa cavité des caillots fibrineux. Les parois de cette anévrysme kyteux, sont également incrustés de

nombreux dépôts crétacés. Malgré l'altération si prononcée de l'aorte, les valvules sigmoïdes sont normales, à peine sont-elles légèrement épaissies.

N° 229. — Cœur avec une partie de l'aorte ; dilatation considérable de ce vaisseau sur laquelle est greffé un anévrysme sacciforme.

La crosse de l'aorte dans toute son étendue a subi une dilatation très-considérable, et les parois sont le siége de nombreux dépôts crétacés, qui font saillie dans certains points à la face interne de ce vaisseau. A 7 centimètres des valvules aortiques, sur le côté droit de la crosse de l'aorte, existe une ouverture irrégulièrement arrondie d'un diamètre d'environ 6 centimètres, qui communique dans une poche anévrysmale, qui a 9 centimètres de profondeur. Cette cavité est remplie par un caillot fibrineux stratifié qui, par sa compression avait déterminé l'oblitération du tronc brachio-céphalique artériel et veineux ; l'oblitération veineuse se prolongeait jusque dans la veine cave supérieure. Le ventricule droit est très-petit, le gauche est hypertrophié et dilaté, les valvules sont saines.

(M. Martin-Solon. 1836.)

N° 230. — Cœur avec la plus grande partie de l'aorte ; dilatation considérable de la crosse, avec tumeur anévrysmale volumineuse.

La crosse de l'aorte qui a subi une dilation très-considérable, présente à sa partie supérieure dans sa partie convexe, une tumeur anévrysmale qui a le volume d'une tête de fœtus. Cette poche anévrysmale présente une direction insolite ; elle se porte directement en haut, et remontait le long de la colonne vertébrale à gauche, jusqu'à l'angle de la machoire inférieure, elle simulait un anévrysme de la carotide primitive. La tumeur anévrysmale présente en hauteur 27 centimètres ; elle est un peu rétrécie à son orifice aortique. L'intérieur de la cavité est rempli par une caillot fibrineux volumineux. Au-dessous de cet anévrysme, au niveau de la partie supérieure de l'aorte descendante, en existe un second, qui a le volume d'une grosse noix. Le ventricule gauche est un peu hypertrophié.

(Professeur Breschet. 1842.)

N° 231. — Cœur avec une partie de l'aorte ; anévrysme volumineux de la crosse de l'aorte.

La tumeur anévrysmale occupe la portion recourbée de la

crosse de l'aorte ; elle est transversalement ovoïde, elle a dans ce sens 15 centimètres et 9 de hauteur. Les artères partent du sommet de la tumeur, et par suite de la distension du vaisseau, elles sont très-éloignées l'une de l'autre. Il y a 5 centimètres de distance entre le tronc brachio-céphalique et l'artère carotide gauche, trois entre cette dernière et l'artère sous-clavière. La tumeur est remplie par un caillot volumineux, stratifié ; la veine cave supérieure était comprimée par le côté droit de la tumeur, et la veine jugulaire droite est très-dilatée.

(Professeur Blandin, 1840.)

N° 232. — Cœur avec la partie supérieure de l'aorte ; anévrysme par dilatation de l'aorte et du tronc brachio-céphalique.

Cette pièce provient d'une femme de 59 ans, qui présentait en outre une lésion carcinomateuse de l'estomac. La pointe du cœur battait dans le cinquième espace intercostal ; au niveau de la pointe on sentait un frémissement vibratoire systolique. Il existait un bruit de souffle au deuxième temps, à la base du cœur. Le premier bruit était remplacé par un souffle bref et râpeux, en même temps le souffle diastolique était plus intense, plus prolongé, il s'étendait dans la région supérieure du sternum, principalement à droite.

Il existait à la base du cou, au-dessus de la fourchette du sternum, une tumeur anévrysmale qui se prolongeait en dehors et à droite, derrière le faisceau sternal du sterno-mastoïdien. Son grand axe était dans la direction du tronc brachio-céphalique ; elle était le siége d'un double mouvement d'expansion et de resserrement. Le premier mouvement était accompagné d'un bruit sec et râpeux, le second, d'un souffle doux et prolongé.

On constate sur cette pièce, que le cœur est augmenté de volume, l'hypertrophie n'occupe que le ventricule gauche, les parois en sont très-épaisses, mais la cavité est médiocrement dilatée. La crosse de l'aorte et le tronc brachio-céphalique, ont doublé de volume, la dilatation de l'aorte se prolonge dans toute la portion thoracique. L'aorte est criblée de dépôts de matière athéromateuse, la tunique interne est même éraillée, ulcérée, dans un grand nombre de points.

(M. Maurice, *Soc. anat.*, 1857, 2me série, t. II, p. 129.)

N° 233. — Cœur avec l'aorte ; anévrysme par rupture de la partie antérieure de la crosse de l'aorte.

Sur cette pièce on constate qu'il existe un anévrysme sacciforme de l'aorte ascendante, au niveau de la courbure de la crosse.

La tumeur, qui était arrondie, présentait treize centimètres de diamètre; l'ouverture de communication avec l'artère est irrégulière et présente 3 centimètres dans sa plus grande étendue.

Les parois de la tumeur sont en grande partie crétacées; l'intérieur contenait un caillot adhérent seulement à sa périphérie. Le tronc brachio-céphalique, la carotide primitive et la sous-clavière gauche, naissent de la partie supérieure de la tumeur. L'aorte est saine dans tout le reste de son étendue. Le ventricule gauche est dilaté et hypertrophié.

(M. Moreau, du Val-de-Grâce.)

N° 234. — Cœur avec la crosse de l'aorte; anévrysme de la partie antérieure de la crosse de l'aorte; perforation du sternum.

Sur cette pièce il existe une dilatation très-considérable de la partie inférieure de la crosse de l'aorte, avec anévrysme sacciforme. La tumeur anévrysmale située à la partie antérieure, fait en avant une saillie de 8 centimètres; elle est arrondie. Son diamètre vertical est de treize centimètres, la tumeur s'avance en avant vers le sternum qu'elle avait refoulé en avant. Elle est remplie par un volumineux caillot, adhérent aux parois de l'anévrysme. Les artères brachio-céphalique, carotides et sous-clavière naissent de la partie saine de l'aorte et sont cependant un peu dilatées à leur origine.

(M. Lafargue, 1808.)

N° 235. — Crosse de l'aorte; anévrysme sacciforme.

Sur cette portion de l'aorte, on constate qu'il existe au niveau de la partie recourbée de la crosse, un anévrysme sacciforme de ce vaisseau. La tumeur a le volume d'une orange, l'ouverture de communication de la poche avec le vaisseau, présente 5 centimètres de diamètre. L'anévrysme faisait en avant vers le sternum une saillie de douze centimètres; il a environ quinze centimètres de circonférence.

N° 236. — Cœur avec la crosse de l'aorte; anévrysme de la crosse.

La tumeur anévrysmale occupe la portion recourbée de la crosse de l'aorte, et elle faisait saillie à la partie supérieure du sternum. La poche est bilobée, d'un volume considérable et contient à son intérieur des caillots.

(M. Stanski.)

N° 237. — Portion du sternum ; perforation.

Cette perforation a été produite par une tumeur anévrysmale. La perforation a 3 centimètres de haut sur deux de large. La destruction est plus étendue à la face interne qu'à l'externe ; le sternum est donc taillé en biseau.

(Professeur Denonvilliers.)

N° 238. — Cœur avec la crosse de l'aorte et le sternum ; anévrysme de la crosse de l'aorte.

Sur cette pièce on constate que le cœur est volumineux et l'aorte très-dilatée dès son origine ; sur cette dilatation on observe un anévrysme sacciforme de la partie recourbée et antérieure de la crosse. La tumeur, qui est volumineuse, fait en avant une saillie considérable, et elle a détruit la face postérieure de la première pièce du sternum, au niveau de l'articulation de la première pièce avec la seconde. La lame antérieure du sternum est refoulée en avant et teinte en rose par le sang.

Le sternum a été verticalement divisé sur sa partie médiane, ainsi que le sac de l'anévrysme, et on voit que la tumeur est remplie par un caillot dense et décoloré, disposé en lamelles concentriques. L'origine des vaisseaux qui naissent de la crosse de l'aorte n'est point oblitérée.

(Professeur Leroux, *Bull. de la Fac.*, t. II, p. 172.)

N° 239. — Crosse de l'aorte avec la moitié antérieure des côtes et le sternum ; anévrysme de la crosse de l'aorte.

Cette pièce présente une tumeur très-considérale de la crosse de l'aorte, qui est en outre très-dilatée. La tumeur anévrysmale est remplie de caillots volumineux décolorés et stratifiés ; elle fait saillie en avant, et a perforé le sternum à sa partie moyenne ; elle a détruit les cartilages costaux correspondants. L'anévrysme faisait sous la peau, qui est amincie, une saillie de dix centimètres, et présente une base d'environ douze centimètres.

N° 240. — Cœur avec l'aorte, le sternum et les cartilages costaux ; anévrysme de la crosse de l'aorte.

Sur cette pièce on constate que la crosse de l'aorte dans toute son étendue, est le siége d'une dilatation considérable. Sur la face antérieure de la portion ascendante, s'observe un anévrysme sac-

ciforme très-volumineux. L'ouverture de communication de l'aorte avec l'anévrysme est circulaire. Cet anévrysme a environ 4 centimètres de diamètre. La tumeur anévrysmale est cylindrique, son diamètre antéro-postérieur a 12 centimètres, le diamètre transverse 8.

Les parois de l'anévrysme ont détruit le corps du sternum dans une hauteur de 8 centimètres, ainsi que les cartilages costaux qui font saillie à l'intérieur de la cavité de l'anévrysme. La tumeur fait sous la peau une saillie de 3 centimètres.

(Professeurs M. Marjolin et M. Rullier.)

N° 241. — Cœur avec la crosse de l'aorte, le sternum et les cartilages costaux ; anévrysme de la crosse.

Sur cette pièce, il existe une dilatation considérable de toute la portion recourbée de la crosse de l'aorte. A la partie supérieure et un peu antérieure de cette dilatation, il existe un anévrysme sacciforme qui, par pression excentrique, a complétement détruit la première pièce du sternum, ainsi que la partie supérieure de la seconde. Les cartilages des première, deuxième et troisième côtes, sont détruits des deux côtés. La tumeur faisait sous la peau une saillie arrondie, dont la base a 7 centimètres dans tous les sens ; la hauteur est de 5 centimètres.

(Professeur Roux.)

N° 242. — Cœur avec la crosse de l'aorte et le sternum ; anévrysme de la crosse de l'aorte.

Sur cette pièce la crosse de l'aorte dans sa totalité est le siége d'une dilatation considérable ; sur cette dilatation est greffée une tumeur anévrysmale qui naît de la crosse aortique, à sa face antérieure, immédiatement au-dessous du tronc brachio-céphalique. Cette tumeur se dirige d'arrière en avant, traverse le sternum qu'elle a détruit, ainsi que les cartilages des troisième, quatrième et cinquième côtés, de l'un et l'autre côté, puis le sac s'épanouit sous la peau, sur la face antérieure du thorax, par une base de 11 centimètres de large sur 12 de hauteur.

Cette base s'élève en haut jusqu'au niveau de la fourchette du sternum. La partie antérieure de la tumeur est séparée de la partie intra-thoracique, par un étranglement circulaire qui est situé au niveau de la perforation du sternum. La portion interne s'étend un peu plus à droite qu'à gauche, et s'est creusée une cavité dans le lobe moyen du poumon. Ces deux portions du sac sont remplies par un caillot adhérent et décoloré.

(Professeur Blandin. 1841.)

N° 243. — Crosse de l'aorte avec le sternum et les cartilages costaux ; anévrysme de la crosse de l'aorte.

La crosse de l'aorte est le siége d'une dilatation considérable, avec de nombreuses plaques crétacées. De la face antérieure naît une tumeur cylindroïde, longue d'environ 7 centimètres sur 25 de circonférence. Cette espèce de cylindre semble se continuer avec l'aorte ; il se porte d'arrière en avant et un peu de droite à gauche. Il est venu contracter des adhérences avec la partie postérieure du sternum et des cartilages costaux. La tumeur qui constitue ce cylindre, a détruit la partie supérieure gauche de la première pièce du sternum, et en grande partie la seconde pièce ainsi que les cartilages des deuxième, troisième et quatrième côtes. Il en résulte une large perforation irrégulière, d'environ 6 centimètres dans tous les sens, à travers laquelle la tumeur anévrysmale était venue faire saillie sous la peau de cette région. Cette vaste tumeur anévrysmale était remplie par une masse de caillots, les uns décolorés et stratifiés, les autres mous.

(M. Houel. 1839.)

N° 244. — Cœur avec la crosse de l'aorte, le sternum et la moitié latérale droite du thorax ; anévrysme de la crosse de l'aorte.

La crosse de l'aorte dans toute son étendue est le siége d'une dilatation considérable, en même temps qu'il existe de nombreuses plaques athéromateuses. Sur la face antérieure de la crosse de l'aorte s'observe une volumineuse tumeur anévrysmale greffée sur la dilatation.

La tumeur qui fait saillie en avant a 14 centimètres de diamètre ; elle s'avance directement en avant. Elle a contracté des adhérences avec la face postérieure du sternum qu'elle a perforé à gauche, en même temps qu'elle a détruit les cartilages des quatrième, cinquième et sixième côtes correspondantes. La tumeur anévrysmale formait sous la peau une saillie de 5 centimètres, et la base en avait 9. La portion de l'anévrysme située en dehors de la paroi thoracique, est séparée de la partie que renferme le thorax, par un étranglement formé par les parties non détruites de la cage thoracique. Cet anneau circulaire a environ 4 centimètres de diamètre.

La portion de l'anévrysme située dans le thorax s'est ulcérée, le sang s'est répandu dans la plèvre, et s'est enkysté dans une cavité constituée par des adhérences entre la plèvre et le poumon droit. La poche anévrysmale est remplie de nombreux caillots décolorés.

(Professeur Leroux. 1840.)

N° 245. — Cœur avec l'aorte, le sternum, et les cartilages costaux; anévrysme de la crosse de l'aorte.

Cette pièce provient d'un homme de 58 ans. Trente ans avant sa mort, il fit une chute de cheval, et à partir de ce jour, il éprouva des palpitations qui allèrent en progressant. Le médecin ayant reconnu l'existence de l'anévrysme, soumit ce malade au traitement de Vasalva, mais sans succès.

On voit naître sur cette pièce de la partie antérieure et moyenne de la crosse de l'aorte qui est très-dilatée, un prolongement cylindrique de ving-cinq centimètres de circonférence. Ce prolongement se projette en avant en diminuant graduellement de volume. Après un trajet de 8 centimètres, la tumeur anévrysmale s'élargit d'une manière sensible, adhère au sternum qu'elle perfore dans une étendue de 6 centimètres; puis elle passe au-devant de cet os: elle va ensuite soulever la peau pour constituer une tumeur circulaire qui a 13 centimtres de diamètre à sa base, et 7 centimètres de saillie.

(M. Barth, *Soc. anat.*, 1840, p. 10.)

N° 246. — Modèle en cire d'un cœur avec la crosse de l'aorte; anévrysme de la crosse de l'aorte.

Cette pièce en cire est en très-mauvais état de conservation: elle représente un anévrysme considérable et par dilatation de la portion verticale de la crosse de l'aorte. L'aorte, à son origine, est dilatée et constitue une tumeur arrondie, présentant 25 centimètres de circonférence et 10 de hauteur. Sa partie antérieure était adhérente au sternum et à la partie gauche du thorax.

(Professeur Desault.)

N° 247. — Modèle en cire du sternum et des cartilages costaux de la pièce précédente.

Sur ce modèle en cire, on constate que le deuxième et troisième espace intercostal sont perforés par la tumeur anévrysmale.

(Professeur Desault.)

N° 248. — Modèle en cire du cœur et de la crosse de l'aorte; anévrysme kysteux de la crosse de l'aorte.

Sur ce modèle en cire on constate que la crosse de l'aorte est très-dilatée; elle présente 6 centimètres de diamètre; les parois

en étaient très athéromateuses ; si l'on en juge par cette représentation, elles ont 7 millimètres d'épaisseur.

La tumeur anévrysmale qui est greffée sur cette dilatation aortique, est située à la partie antérieure et supérieure de la crosse de l'aorte, un peu plus sur le côté droit. Cette tumeur communique avec la cavité de l'artère par une ouverture exactement circulaire, qui a trois centimètres de diamètre. La poche forme une cavité kystique arrondie de 8 centimètres de diamètre; cette poche adhérait par la face externe au lobe supérieur du poumon droit, et la tumeur faisait saillie au-dessus de la clavicule. L'intérieur était rempli de caillots décolorés adhérents. Le cœur est un peu volumineux, surtout le ventricule gauche.

(Professeur Corvisart.)

N° 219. — Cœur avec la crosse de l'aorte ; anévrysme de la crosse de l'aorte.

Cette pièce provient d'une femme de 38 ans.

L'aorte est le siége d'une dégénérescence scléro-athéromateuse peu avancée. A 8 centimètres environ au-dessus des valvules sigmoïdes, la cavité du vaisseau communique avec un sac anévrysmal par un orifice situé à droite et en arrière ; il est circulaire nettement circonscrit par un bord saillant, et mesure 2 centimètres 1/2 de diamètre. La tumeur est arrondie; son volume égale celui d'une petite orange. Située dans la partie droite du médiastin, elle répond en arrière à la trachée, à droite au poumon et plus bas à la bronche et à l'artère pulmonaires droites ; en avant au nerf diaphragmatique et à la veine cave supérieure; aucun de ces organes ne paraît avoir subi d'altération au contact de la tumeur. Le nerf diaphragmatique, qui était soulevé par la tumeur et directement comprimé, est intact ; on n'y a pas trouvé de tubes dégénérés. La tumeur est remplie complétement de caillots décolorés, denses, stratifiés, qui obstruent l'orifice de communication avec l'aorte.

Ces différentes particularités, que nous venons de mentionner, expliquent comment la tumeur n'a donné lieu pendant les dernières périodes de la vie, à aucun phénomène morbide ; le sang n'y pouvant plus pénétrer, elle était sans influence sur la circulation ; elle ne devait produire aucun bruit anormal. Masquée par le poumon, elle ne pouvait être reconnue par la percussion ; sans retentissement sur les organes voisins, elle n'occasionnait pas de troubles fonctionnels ; complétement remplie de caillots résistants, devenue en quelque sorte étrangère à l'appareil circulatoire, elle n'était plus susceptible d'accroissement. En somme, l'anévrysme était momentanément guéri, et il est probable que la guérison eût été définitive, car les caillots, den-

ses et solides, ne présentaient aucune tendance à la désagrégation.

(Professeur Vulpian, *Soc. anat.*, 1869, 2me série, t. XIV, p. 119.)

N° 250. — Modèle en cire d'un cœur avec la crosse de l'aorte, les poumons et la partie antérieure du thorax; anévrysme de la crosse de l'aorte.

Sur ce modèle en cire on constate que la crosse de l'aorte est très-dilatée; à sa partie supérieure elle présente une tumeur volumineuse d'environ 12 centimètres de diamètre. La tumeur est dirigée en avant et à droite. Après avoir détruit le sternum et les cartilages des deuxième, troisième et quatrième côtes droites, elle est venue former en avant du thorax, une saillie à large base qui soulevait les muscles pectoraux. A la partie supérieure gauche de cette tumeur, on trouve l'origine des vaisseaux du cou.

(Professeur Desault.)

N° 251. — Modèle en cire du cœur, avec la crosse de l'aorte et l'artère pulmonaire; anévrysme de la crosse de l'aorte.

Sur cette pièce en cire, l'aorte ne paraît point avoir subi de dilatation notable; on observe à sa face antérieure dans sa portion ascendante, une tumeur du volume d'une grosse orange que l'on a représentée remplie de caillots décolorés. Cette tumeur, très-irrégulière à sa surface, communique avec la partie antérieure de la crosse de l'aorte, par un orifice assez étroit.

(Acad. de médecine.)

N° 252. — Modèle en cire d'un cœur; avec la crosse de l'aorte la trachée et les poumons; anévrysme de la crosse de l'aorte.

Sur ce modèle en cire, on constate qu'il existe une dilatation assez considérable de la portion ascendante de la crosse de l'aorte. Le cœur, petit, paraît légèrement atrophié.

L'aorte ascendante, sur la partie latérale droite à sa partie supérieure, à peu de distance de la sous-clavière, présente une perforation circulaire d'environ 1 centimètre 1/2 de diamètre qui communique dans une poche anévrysmale située en avant de la trachée-artère. La tumeur anévrysmale a été représentée ouverte et remplie de caillots volumineux.

N° 253. — Cœur avec la crosse de l'aorte; anévrysme de la crosse de l'aorte.

Cette pièce a été très-mal préparée, et est dans un mauvais état de conservation. Il existe une tumeur anévrysmale de la partie supérieure de la crosse de l'aorte, de la portion recourbée. Le ventricule gauche est en même temps très-dilaté.
(Professeur Breschet. 1821.)

N° 254. — Modèle en cire d'un cœur, avec la crosse de l'aorte et la paroi antérieure du thorax ; anévrysme de la crosse de l'aorte.

Modèle en cire assez mal exécuté, ainsi que les deux pièces suivantes, et destiné à montrer un anévrysme de la crosse de l'aorte. Sur cette première pièce, on a représenté une dilatation considérable de la crosse de l'aorte, avec une tumeur anévrysmale située sur la face antérieure de sa portion ascendante, et venant adhérer à la face postérieure du sternum qui est perforé.
(Professeur Desault.)

N° 255. — Modèle en cire de la pièce précédente; anévrysme de l'aorte vu par sa face antérieure.

Sur cette seconde représentation en cire, on voit que le grand pectoral disséqué est refoulé en avant, distendu et aminci par la tumeur anévrysmale, qui a creusé à travers les parois thoraciques une ouverture circulaire d'environ 15 centimètres.
(Professeur Desault.)

N° 256. — Modèle en cire d'un anévrysme de la crosse de l'aorte.

Cette pièce, qui est une représentation du même anévrysme que les deux précédentes, est destinée à montrer le relief que fait la tumeur à la partie supérieure du sein droit.
(Professeur Desault.)

N° 257. — Cœur avec l'aorte, la colonne vertébrale dorsale et la moitié latérale droite du thorax; anévrysme de la crosse de l'aorte.

Sur cette pièce, on constate que la crosse de l'aorte présente

une dilatation considérable avec de nombreux dépôts crétacés. Sur la face antérieure de la portion ascendante, existe une tumeur anévrysmale cylindroïde, qui fait une saillie de 9 centimètres et vient adhérer à la partie latérale droite du thorax, sur une base circulaire d'environ 7 centimètres de diamètre.

Les cartilages des troisième, quatrième et cinquième côtes sont en partie détruits, les côtes elles-mêmes sont érodées. Le petit ainsi que le grand pectoral étaient soulevés par la tumeur.

(Professeur Rostan.)

N° 258. — Cœur avec la crosse de l'aorte; anévrysme kystique de l'aorte.

Cette pièce présente un grand intérêt scientifique ; elle a été considérée par Corvisart comme un exemple possible de guérison spontanée d'un anévrysme de l'aorte, par réplétion et endurcissement du caillot.

La crosse de l'aorte, sur cette pièce, est très-dilatée ; elle présente en outre un grand nombre de plaques athéromateuses. A sa partie postérieure et supérieure, au niveau de l'origine du tronc brachio-céphalique, existe une ouverture irrégulièrement circulaire, qui conduit dans une cavité kystique, du volume d'une noix. Cette cavité est complétement remplie par une masse compacte de caillots fibrineux, disposés en couches concentriques et très-adhérents aux parois de la tumeur. Ces caillots ne permettaient plus au sang de pénétrer dans la poche de l'anévrysme.

(Professeur Corvisart, *Traité des maladies du cœur*, 2e édition, p. 313.)

Article 7.

ANÉVRYSMES DE LA PORTION THORACIQUE DE L'ARTÈRE AORTE.

Les anévrysmes de l'aorte thoracique sont au nombre de treize, du n° 259 au n° 271 inclusivement. Rien d'important à signaler sur ces anévrysmes.

N° 259. — Cœur avec la plus grande partie de l'aorte; anévrysme de l'aorte thoracique.

Le cœur est légèrement hypertrophié, surtout le ventricule gauche; l'aorte n'est point dilatée, il n'existe pas d'athéromes. L'aorte thoracique immédiatement au-dessous de la crosse, est le siége d'une dilatation anévrysmale considérable. La tumeur est ovoïde, son diamètre transverse est de 6 centimètres, et le longitudinal qui est parallèle au vaisseau, a 8 centimètres. Les parois de l'anévrysme sont complètement crétacées: il n'existait point de caillot.

(Professeur Chomel.)

N° 260. — Crosse de l'aorte avec l'aorte thoracique; anévrysme de l'aorte thoracique.

L'aorte ne paraît point athéromateuse; elle présente à la partie supérieure de sa portion thoracique, une dilatation fusiforme. A ce niveau l'aorte a 15 centimètres de circonférence: la dilatation commence et finit assez brusquement.

(Professeur Thillaye.)

N° 261. — Crosse de l'aorte avec l'aorte thoracique et la portion dorsale de la colonne vertébrale; anévrysme de l'aorte thoracique.

Sur cette pièce, il existe un anévrysme considérable de l'aorte thoracique qui n'a point été soupçonné pendant la vie: l'individu est mort de pneumonie.

La tumeur anévrysmale forme une poche considérable qui s'étend depuis la troisième vertèbre dorsale jusqu'à la septième. Cette cavité anévrysmale est ronde et présente environ 9 centimètres dans tous les sens. Les corps des vertèbres qui forment la paroi postérieure de l'anévrysme, sont profondément usés, érodés; les disques intervertébraux ont au contraire très-peu perdu de leur épaisseur, c'est à peine s'ils sont altérés, et ils font saillie dans la cavité. La paroi antérieure de cet anévrysme est constituée par l'aorte dilatée.

(M. Demeaux, *Soc. anat.*, 1841, t. XVI, p. 297.)

N° 262. — Crosse de l'aorte et aorte thoracique avec la portion dorsale de la colonne vertébrale; anévrysme de l'aorte thoracique.

L'aorte, dans toute son étendue, est fortement athéromateuse, avec de nombreuses plaques calcaires, et légèrement dilatée. L'aorte thoracique, recourbée en S, présente à sa partie supérieure une dilatation anévrysmale considérable, qui fait surtout fortement saillie en arrière, et adhère à ce niveau à la partie latérale gauche de la colonne vertébrale et aux côtes correspondantes.

N° 263. — Portion de l'aorte; anévrysme kysteux.

La partie postérieure de la crosse de l'aorte, à 4 centimètres environ au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche, présente une ouverture irrégulièrement quadrangulaire, qui a 3 centimètres dans sa plus grande dimension. Cette ouverture communique dans une cavité kystique qui fait une saillie peu considérable en arrière, et dont la surface extérieure était en rapport avec les corps vertébraux auxquels elle adhérait.

N° 264. — Cœur avec la crosse de l'aorte, l'aorte thoracique et un certain nombre de vertèbres dorsales; anévrysme de la partie supérieure de l'aorte thoracique.

On constate sur cette pièce que le cœur est volumineux ; l'aorte qui est notablement dilatée, est fortement athéromateuse dans toute son étendue. La partie supérieure de l'aorte thoracique, présente un anévrysme sacciforme: l'ouverture de la poche anévrysmale est circulaire et présente 7 centimètres de diamètre, la cavité en a environ 8 de profondeur.

La tumeur anévrysmale est dirigée en arrière et à gauche: elle adhère à la face antérieure des corps vertébraux. Elle a détruit une partie des corps vertébraux des deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales, ainsi que l'extrémité correspondante des côtes gauches. La tumeur était remplie de volumineux caillots stratifiés et décolorés.

(Professeur Roux, *Bull. de la Fac.*, 1810, p. 99.)

N° 265. — Cœur avec l'aorte thoracique et la trachée; anévrysme de la partie supérieure de l'aorte thoracique.

Cette pièce provient d'un homme de 51 ans. Le cœur est nor-

mal, les valvules aortiques sont saines. La crosse de l'aorte présente une dilatation circonférentielle peu accusée; il existe en outre une anomalie assez intéressante : la crosse de l'aorte, au lieu de se porter au-devant de la trachée-artère, contourne la partie droite de ce canal et se porte derrière la trachée. Dans son trajet l'aorte fournit séparément quatre troncs, l'artère sous-clavière gauche, la carotide gauche, la carotide et la sous-clavière droite.

La portion de la crosse de l'aorte située au-dessous de la sous-clavière gauche, est dilatée d'une manière sphérique. A la partie supérieure de cette poche, on voit une ouverture circulaire d'environ 2 centimètres de diamètre qui fait communiquer ce vaisseau avec la tumeur anévrysmale qui s'étend depuis la seconde vertèbre dorsale jusqu'à la septième. Cette poche, irrégulièrement sphérique, pouvait contenir une tête de fœtus. Sa face postérieure était formée par les corps des vertèbres qui étaient usées et qui constituent la pièce suivante, n° 266. La cavité de l'anévrysme était remplie par un caillot décoloré et disposé sous forme lamellaire. L'œsophage et les bronches étaient fortement comprimés par la tumeur.

(M. Picard, *Soc. anat.*, 1844, p. 386.)

N° 266. — Portion de colonne vertébrale de la pièce précédente; destruction des corps vertébraux par une tumeur anévrysmale.

Sur cette portion de colonne vertébrale qui appartient à la pièce précédente, n° 265, on constate que les corps vertébraux des deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales, sont profondément usés, érodés. L'espace intervertébral qui sépare la cinquième vertèbre de la sixième vertèbre, est creusé de manière à pouvoir laisser pénétrer le doigt jusque sur la dure-mère rachidienne.

(M. Picard, *Soc. anat.*, 1844, p. 391.)

N° 267. — Crosse de l'aorte avec l'aorte thoracique et une portion de la colonne vertébrale ; anévrysme sacciforme de l'aorte thoracique.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans. La portion ascendante de la crosse de l'aorte qui est parsemée de nombreuses plaques crétacées, présente une dilatation fusiforme sans caillots. La partie supérieure de l'aorte thoracique présente à sa face postérieure, à environ 5 centimètres au-dessous des vaisseaux qui naissent de la crosse, une tumeur anévrysmale qui avait environ le volume du poing.

La tumeur anévrysmale communique avec la cavité de l'artère par un orifice circulaire de 2 centimètres de diamètre. La poche adhérait intimement à la face antéro-latérale gauche de la colonne vertébrale, qui forme la paroi postérieure de la poche. La tunique artérielle, à ce niveau, a complétement disparu, et le caillot était en contact avec le tissu osseux.

Du côté de la colonne vertébrale les altérations sont considérables; les quatre corps vertébraux qui sont en contact avec l'anévrysme sont érodés, les disques intervertébraux forment des arêtes qui séparent les excavations creusées dans les vertèbres. Un caillot volumineux remplissait presque complétement la poche : il était formé de lamelles concentriques; la partie centrale était molle et peu consistante.

(Professeur Broca; *Soc. anat.*, 1869; 2e série, t. XIV, p. 3.)

N° 368. — Cœur avec la crosse de l'aorte et une partie de l'aorte thoracique; anévrysme de la partie inférieure de l'aorte thoracique.

Cette pièce provient d'un homme de 36 ans, qui avait eu des palpitations dès l'âge de 12 ans : elles étaient, disait-il, survenues à la suite d'une grande frayeur. Plus tard, portant sur la nuque un sac de farine pesant 65 kilogrammes, il sentit tout à coup un craquement et une vive douleur dans la région lombaire gauche. Après cet accident, les palpitations augmentèrent.

A l'autopsie, on constata qu'il existait dans le péricarde environ trente grammes de sérosité. Au niveau des deux dernières vertèbres dorsales, la partie postérieure de l'aorte présente une ouverture de 8 centimètres de hauteur, la tumeur dépasse l'aorte de 9 centimètres du côté gauche. Ce volumineux anévrysme avait soulevé la base du poumon droit et déplacé le foie. La paroi postérieure était formée par les corps des quatre dernières vertèbres dorsales. La tumeur qui n'a pas moins de 39 centimètres de circonférence, était adhérente au poumon gauche qui était comprimé; elle est remplie par un caillot considérable et décoloré.

(M. Letenneur, *Soc. anat.*, 1838, p. 102.)

N° 369. — Artère aorte avec une partie de la colonne vertébrale; anévrysme de la partie inférieure de l'aorte thoracique.

Cette tumeur anévrysmale, qui siége à la partie inférieure de l'aorte thoracique, est très-volumineuse ; son ouverture dans l'aorte incisée à sa partie antérieure est ovalaire, son grand diamètre

parallèle à l'aorte qui est dilatée a 10 centimètres de hauteur, le petit diamètre qui est transversal en a environ 5.

La tumeur anévrysmale, située entre l'aorte et la colonne vertébrale, est un peu oblique de haut en bas et de droite à gauche ; elle est irrégulièrement ovoïde. Son grand diamètre qui est vertical, est de 30 centimètres, le transverse de 17 ; la cavité est remplie par un caillot décoloré, à la surface duquel, du côté de la cavité artérielle, existait un caillot mou et conique. Le caillot décoloré adhérent aux parois de la poche anévrysmale, surtout à sa partie inférieure, laissait à sa partie supérieure un espace vide considérable. Les corps des cinq dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire auxquels adhèrent les parois de l'anévrysme, sont en grande partie détruits, érodés. A droite et à gauche, les parois latérales de la tumeur étaient recouvertes par la plèvre.

(M. Louis, 1840.)

N° 270. — Aorte thoracique et abdominale, avec une partie de la colonne vertébrale et les côtes droites ; anévrysme de l'aorte thoracique.

Cette pièce, mal préparée, est en mauvais état de conservation. La tumeur anévrysmale qui prend son origine à la partie supérieure de l'aorte thoracique, a environ 18 centimètres de hauteur sur 12 de largeur : elle s'étend depuis la septième vertèbre dorsale jusqu'à la troisième lombaire. Le corps de toutes ces vertèbres est usé, rugueux, tandis que les disques intervertébraux sont à peu près intacts. La tumeur anévrysmale faisait saillie dans la partie droite du thorax. L'ouverture de l'anévrysme dans l'aorte est ovoïde, et présente 7 centimètres de haut sur 4 de large.

M. Letenneur, *Soc. anat.*, 1838, p. 5.)

N° 271. — Portion de l'aorte thoracique ; anévrysme de l'aorte.

Cette pièce, en assez mauvais état de conservation, présente une tumeur anévrysmale de l'aorte thoracique qui a 23 centimètres de hauteur sur 15 de large. La tumeur est remplie par un caillot dense, décoloré, très-considérable : elle avait détruit la partie postérieure des sept côtes inférieures.

(Professeur Bouillaud. 1844.)

ARTICLE 8.

ANÉVRYSMES KYSTEUX DE LA CROSSE DE L'AORTE OU DE L'AORTE THORACIQUE QUI S'OUVRENT DANS UNE CAVITÉ NORMALE.

Dans cet article, j'ai cru devoir réunir tous les cas de petits anévrysmes kysteux qui s'ouvrent dans une des cavités normales du thorax. Ces pièces sont au nombre de 24, du n° 272 au n° 294 inclusivement. La pièce n° 272 est un exemple d'anévrysme kysteux de l'aorte, qui vient faire saillie dans le ventricule ; le n° 273 est la représentation en cire de cette pièce.

La pièce n° 274, est un de ces faits rares d'anévrysme de l'aorte qui s'est ouvert dans l'oreillette gauche, et le n° 275 est la représentation en cire de cette lésion. Un autre fait également rare, est la pièce n° 276, qui est un exemple d'anévrysme kysteux, qui fait saillie dans l'artère pulmonaire qu'il rétrécit et dans laquelle il était sur le point de s'ouvrir. Le n° 277 est la représentation de ce fait. Un certain nombre de pièces, n^{os} 278, 279, 280, 281, 282, 283, sont des exemples d'anévrysmes qui se sont ouverts dans la trachée-artère. Sur les pièces n^{os} 284, 285, 286, 287 et 291, c'est dans les bronches que s'est ouvert l'anévrysme, et c'est généralement dans la bronche gauche que s'est faite cette ouverture.

La pièce n° 288 est un exemple d'ouverture d'anévrysme dans le parenchyme du poumon, et les pièces 289, 290, 290 *a*, d'ouverture dans la plèvre. Les deux premières, c'est sous la plèvre viscérale qui a été décollée que s'est faite cette ouverture; pour la troisième, le décollement a eu lieu sous la plèvre costale. La pièce n° 292 est un exemple d'ouverture d'anévrysme kysteux dans l'œsophage, et les deux pièces n^{os} 293 et 294, d'ouverture dans le canal rachidien ; dans la première, l'ouverture était imminente.

Il m'a paru qu'il devait y avoir avantage pour le lecteur et les personnes qui désirent faire des recherches de grouper ces

lésions, et de les rassembler en une seule catégorie de faits, sans tenir compte de l'origine de la tumeur.

N° 272. — Cœur avec la crosse de l'aorte; anévrysme kysteux de la crosse de l'aorte, faisant saillie dans le ventricule droit.

Sur cette pièce, le cœur est volumineux, le ventricule gauche est dilaté et hypertrophié, les valvules aortiques ont moins de hauteur que dans l'état normal, elles sont plus épaisses et insuffisantes.

L'aorte est dilatée et athéromateuse ; elle présente aussitôt son origine, immédiatement au-dessus des valvules de l'aorte, un anévrysme kysteux qui fait saillie dans le ventricule droit. L'ouverture de la poche anévrysmale est irrégulière, d'environ 3 centimètres de large sur 2 de hauteur : cette ouverture conduit dans une cavité qui fait saillie dans le ventricule droit. La saillie formée par la tumeur anévrysmale, assez régulière à sa surface, se voit à la fois dans l'oreillette et le ventricule. La partie comprise dans le ventricule était bleuâtre à sa partie inférieure, ce qui indique que la rupture était imminente.

(Professeur Leroux, 1812).

N° 273. — Modèle en cire de l'anévrysme kysteux précédent; qui fait saillie dans le ventricule droit.

(Professeur Leroux, 1812.)

N° 274. — Cœur avec la crosse de l'aorte; anévrysme kysteux de l'aorte, qui s'est ouvert dans l'oreillette gauche.

Sur cette pièce, on constate une dilatation du ventricule gauche du cœur avec hypertrophie notable. La crosse de l'aorte, sur laquelle on remarque quelques plaques athéromateuses, est dilatée surtout à son origine.

Il existe sur cette pièce un anévrysme kysteux de la crosse de l'aorte, qui fait saillie dans l'oreillette gauche. L'aorte, immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes, présente une ouverture irrégulière, ovalaire, de 3 centimètres dans son grand diamètre qui est transversal, et de 2 dans le petit qui est vertical. Cette ouverture communique dans une petite cavité arrondie qui fait saillie dans l'oreillette gauche. La surface externe de cette tumeur, qui est celle qui fait saillie dans l'oreillette, est recouverte de nombreuses aspérités. Près de la cloison des oreillettes, au sommet de l'une de ces aspérités, se trouve une ouverture ova-

laire à bords frangés, ayant un 1/2 centimètre de diamètre : c'est par là que s'est établie la communication. La tumeur fait aussi une légère saillie dans le ventricule à travers la cloison.

(M. Beauchêne, *Bull. de la Fac.*, 1810, t. II, p. 50.)

N° 275. — Modèle en cire de la pièce précédente : anévrysme de la crosse de l'aorte, faisant saillie dans l'oreillette gauche.

(M. Beauchêne, *Bull. de la Fac.*, 1810, t. II, p. 50.)

N° 276. — Cœur avec l'origine de la crosse de l'aorte : anévrysme kysteux de l'origine de la crosse de l'aorte, faisant saillie dans l'artère pulmonaire.

Cette pièce provient d'un homme de 38 ans, qui faisait partie de la garde impériale. Sa maladie datait de huit mois, et il la rapportait la première atteinte à une course précipitée, à la suite de laquelle il fut pris de palpitations violentes, de suffocation et d'étouffement.

Le péricarde contenait environ une pinte de liquide ; le cœur, du volume normal, présente sur sa surface externe des traces de péricardite. L'artère aorte, qui n'est point athéromateuse, est un peu dilatée ; elle a contracté des adhérences intimes avec l'artère pulmonaire. Sur le bord gauche de l'aorte, qui a été ouverte immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes, se remarque une ouverture ovalaire qui a 4 centimètres dans son grand diamètre et 2 1/2 dans le plus petit. Cette ouverture, dont les bords sont arrondis, communique dans une petite poche anévrysmale qui a 4 centimètres de profondeur et 5 de hauteur. Le sommet de cette petite poche anévrysmale fait une saillie considérable dans l'artère pulmonaire, près de son origine, de manière à la rétrécir notablement. La tumeur ne s'est point ouverte d'elle-même, elle a été incisée et elle contenait des caillots, denses et décolorés.

(Professeur Sue, *Bull. de la Fac.*, 1809, p. 128.)

N° 277. — Modèle en cire de la pièce précédente : anévrysme kysteux de l'aorte, faisant saillie dans l'artère pulmonaire.

(Professeur Sue, *Bull. de la Fac.*, 1809, p. 128.)

N° 278. — Cœur avec la crosse de l'aorte : anévrysme kysteux de la crosse de l'aorte, qui s'est ouvert dans la trachée-artère.

Sur cette pièce, qui est préparée par dessiccation, on constate

que la partie recourbée et postérieure de la crosse de l'aorte, présente une tumeur anévrysmale, kysteuse, d'environ 3 centimètres de saillie. La poche anévrysmale est accolée à la trachée-artère qu'elle a perforée, en détruisant quelques anneaux cartilagineux. L'ouverture de communication est circulaire et a environ 1 centimètre de diamètre.

(Professeur Marjolin et M. Rullier.)

N° 279. — Cœur avec la crosse de l'aorte et la trachée-artère; anévrysme de la crosse de l'aorte, ouvert dans la trachée-artère.

Sur cette pièce, préparée par dessiccation, on constate que la crosse de l'aorte, dans toute son étendue, est le siége d'une dilatation considérable. Au niveau de sa partie recourbée, une tumeur anévrysmale considérable est greffée sur cette dilatation. Cette tumeur contenait une grande quantité de caillots; elle avait usé, érodé, le corps des quatrième et cinquième vertèbres dorsales. Cette poche anévrysmale s'est ouverte dans les bronches et l'œsophage qu'elle comprimait. Des trois gros troncs qui naissent de l'aorte, la sous-clavière gauche seule est oblitérée.

On constate sur cette pièce, que la laryngo-trachéotomie a été pratiquée, probablement pour obvier à des phénomènes de suffocation.

(M. Leudet, *Soc. anat.*, 1848, p. 27.)

N° 280. — Portion de la crosse de l'aorte et de la trachée-artère; anévrysme kysteux de la crosse de l'aorte ouvert dans la trachée-artère.

Sur cette pièce, on constate que la portion recourbée de la crosse de l'aorte, présente à sa partie supérieure une dilatation kysteuse, du volume d'une grosse noix. La tumeur a 4 centimètres de diamètre à sa base, et la saillie au-dessus de l'aorte est de 2 centimètres 1/2. Sur son sommet, on aperçoit le tronc brachio-céphalique, par sa paroi postérieure, la poche anévrysmale est en rapport avec la trachée-artère qu'elle a perforée en détruisant un cerceau cartilagineux; du côté de la trachée existe une ouverture irrégulière, allongée dans le sens de l'axe de ce canal.

(Professeur Lœnnec.)

N° 281. — Portion de la crosse de l'aorte et de la trachée-artère; anévrysme kysteux de la crosse de l'aorte, ouvert dans la trachée-artère.

La crosse de l'aorte, sur cette pièce, ne présente point de dila-

tation bien notable. A la partie postérieure de la portion recourbée, entre le tronc brachio-céphalique et la carotide primitive gauche, existe une perforation de la paroi postérieure de l'aorte, qui communique dans un petit anévrysme kysteux, arrondi, du volume d'une petite noix. Le petit sac anévrysmal, en forme de disque, est interposé entre l'artère et la trachée : il a une hauteur de 2 centimètres à peine.

La communication avec l'artère se fait par une ouverture arrondie qui a 1 centimètre 1/2 de diamètre. La poche s'est ouverte dans la trachée-artère, en détruisant deux cerceaux cartilagineux ; les bords de cette ouverture trachéale sont très-irréguliers et légèrement transversaux.

(Professeur Lœnnec.)

N° 282. — Cœur avec la crosse de l'aorte et une portion de la trachée-artère ; anévrysme kysteux de l'aorte, ouvert dans la trachée-artère.

Cette pièce provient d'une femme de 32 ans, qui était sur le point d'asphyxier, et pour laquelle on a pratiqué la trachéotomie, *in extremis*. Le cœur est petit; la crosse de l'aorte, notablement dilatée, présente de nombreuses plaques athéromateuses.

Sur la dilatation de la portion recourbée de la crosse de l'aorte, immédiatement au-dessous de l'origine du tronc brachio-céphalique, existe une tumeur anévrysmale du volume d'un petit œuf de poule, qui avait de 8 à 9 centimètres de longueur sur 5 à 6 de diamètre. Cette tumeur oblongue, bosselée, est surtout développée aux dépens de la première courbure de la portion horizontale de la crosse de l'aorte. Cet anévrysme paraît constitué par une dilatation et un allongement de cette partie du vaisseau, plutôt que par l'addition d'une poche à la crosse de l'aorte. Il n'existe qu'un point où l'on ne retrouve plus la tunique moyenne de l'artère : c'est au niveau de la perte de substance que présente une bosselure, du volume d'une noisette, qui est venue se souder à la face antérieure de la trachée.

Dans tous les autres points, on trouve une membrane jaune de peu d'épaisseur. Cette membrane est incluse entre deux tuniques : l'une externe, dense, fibreuse, épaisse de 5 à 6 millimètres, de 8 même dans quelques points, tandis qu'au niveau de certaines bosselures elle se réduit à un 1/2 millimètre; elle se laisse facilement isoler des organes voisins autres que la trachée. L'autre tunique, également dense, mais sans aspect fibreux ni feutré, est constituée par un tissu homogène qui se laisse diviser en lamelles: son épaisseur est de 1/4 de millimètre à 3 millimètres. Son aspect lisse, comme vernissé, ne diffère point de celui de la face interne de l'aorte, à l'exception, toutefois, de la partie qui répond au

diverticulum soudé à la trachée. Cette poche est remplie de concrétions fibrineuses.

La trachée a contracté avec le sac des adhérences intimes dans une étendue de 3 à 5 millimètres. La trachée présente trois perforations ovalaires : deux sont immédiatement au-dessous de sa bifurcation, l'autre située un peu au-dessus. Il existe une oblitération complète des artères carotide primitive et sous-clavière gauche à leur insertion sur le sac.

(M. Simon, *Soc. anat.*, 1858, 2e série, t. III, p. 234.)

N° 283. — Cœur avec la crosse de l'aorte et une partie de la trachée-artère; anévrysme de la crosse de l'aorte, ouvert dans la trachée-artère.

Cette tumeur anévrysmale est assez considérable. L'ouverture de la poche dans l'aorte qui est dilatée athéromateuse, est située au niveau de l'origine du tronc brachio-céphalique. Cette ouverture est irrégulière : elle a environ 1 centimètre de diamètre. La tumeur, peu saillante, a environ 3 centimètres de large à sa base: elle s'ouvre dans la trachée par une fente transversale frangée. Le cœur est hypertrophié.

(M. Bouvier, 1823.)

N° 284. — Modèle (procédé Thibert) du cœur et de l'aorte; anévrysme de la crosse de l'aorte, rupture dans une bronche.

Sur ce modèle en carton-pâte, on constate que la crosse de l'artère-aorte est dilatée, et qu'il existe un anévrysme par rupture qui s'est ouvert dans une des bronches. L'aorte pectorale paraît rétrécie; les parois de cette artère étaient couvertes de nombreuses plaques athéromateuses.

(Professeur Trousseau.)

N° 285. — Cœur avec la crosse de l'aorte; anévrysme de la crosse de l'aorte, ouvert dans la bronche gauche.

Cette pièce, préparée par dessiccation, est assez mal conservée. On constate cependant qu'il existe une dilatation considérable de la crosse de l'aorte, avec de nombreuses plaques crétacées. La dilatation de la crosse de l'aorte commence à 3 centimètres des valvules sigmoïdes, et s'étend jusqu'à l'origine de l'artère sous-clavière gauche. La circonférence de cette vaste dilatation est de 25 centimètres; en arrière de la tumeur et à droite, l'anévrysme

a contracté des adhérences avec la bronche droite dans laquelle il s'est ouvert.

(Professeur Lœnnec.)

N° 286. — Cœur avec la crosse de l'aorte, la trachée et les bronches ; anévrysme de la crosse de l'aorte, qui s'est ouvert dans la bronche gauche.

Cette pièce est préparée par dessication, et l'on constate l'existence d'une dilatation anévrysmale de toute la crosse de l'aorte, qui est assez exactement cylindrique. Sa circonférence est de 28 centimètres à sa partie moyenne. En arrière, la tumeur formée par la dilatation aortique adhère aux bronches, surtout à celle du côté gauche : cette dernière a été perforée.

(Professeur Lœnnec, 1809.)

N° 287. — Cœur avec la crosse de l'aorte, une portion de la trachée et des bronches ; anévrysme kysteux double dont l'un s'est ouvert dans la bronche gauche.

Cette pièce provient d'une femme de 56 ans, qui présentait au-dessous de la clavicule gauche une saillie, sous laquelle on sentait une sorte d'oscillation. Toute la partie gauche du sternum était le siége d'une matité absolue qui se confondait avec celle du cœur. Il existait un bruit de souffle double au niveau de la tumeur, simple au niveau du cœur. Un soir, cette femme fut prise d'hémoptysie foudroyante, et mourut presque aussitôt.

On constate sur cette pièce qu'il existe une dilatation générale de la crosse de l'aorte, avec de nombreuses plaques athéromateuses. Au-dessous de l'origine de la sous-clavière, se trouve une dilatation kystique formée par les trois tuniques de l'aorte, qui, par sa face externe, était venue contracter des adhérences avec les corps vertébraux qui, à ce niveau, sont usés, érodés.

Une seconde tumeur, ou anévrysme kysteux, existe à la face postérieure de la crosse de l'aorte, un peu au-dessous de l'origine du tronc brachio-céphalique. Cette seconde tumeur anévrysmale avait contracté des adhérences avec la bronche gauche dans laquelle elle s'est ouverte : elle contenait des caillots fibrineux décolorés qui oblitéraient en grande partie la perforation de la bronche.

(M. Contour, *Soc. anat.*, 1840, t. XV, p. 362.)

N° 288. — Cœur avec la crosse de l'aorte et le poumon droit ; anévrysme de la crosse de l'aorte ouvert dans le poumon.

Sur cette pièce, on constate qu'il existe sur la partie latérale

droite et postérieure de la crosse de l'aorte, un peu au-dessous de l'origine du tronc brachio-céphalique, une tumeur anévrysmale. Cette tumeur se présente sous forme de diverticulum : elle a une longueur de 9 centimètres ; son calibre est plus étroit à l'extrémité qui correspond à l'aorte, sa base élargie repose sur le bord antérieur et inférieur du lobe supérieur du poumon, avec lequel elle a contracté des adhérences. La poche anévrysmale s'est rompue dans le parenchyme même du tissu pulmonaire.

(M. Lafargue.)

N° 289. — Cœur avec la crosse de l'aorte, la trachée-artère et les deux poumons ; anévrysme de l'aorte qui s'est ouvert sous le feuillet viscéral de la plèvre.

Le cœur est volumineux et la crosse de l'aorte est un peu dilatée. On constate sur cette pièce, que l'origine de la tumeur anévrysmale est située au-dessous de la sous-clavière gauche, à la terminaison de la crosse de l'aorte. A ce niveau, l'aorte présente une large ouverture qui a 4 centimètres de diamètre, à bords très-irréguliers. Cet orifice communique dans un petit sac anévrysmal dont le diamètre est de 6 centimètres ; les parois de ce sac sont à l'intérieur rendues très-irrégulières par des adhérences de débris de caillots.

Au sommet de ce sac, qui adhère au poumon droit, existe une ouverture ulcéreuse et irrégulière, ayant 1 centimètre 1/2 de diamètre. Cette ouverture a permis au sang de s'épancher sous la plèvre qui recouvre le lobe supérieur du poumon gauche. Ce sang épanché a disséqué la plèvre viscérale jusqu'à sa partie inférieure, dans une étendue de 16 centimètres de hauteur sur 10 de largeur. A la partie inférieure de ce décollement, le feuillet viscéral de la plèvre s'est rompu, et le sang s'est épanché dans la cavité pleurale.

(M. Lafargue, *Bul. de la Fac.*, 1865, p. 84.)

N° 290. — Modèle en cire de la pièce précédente ; anévrysme de la crosse de l'aorte qui s'est ouvert sous le feuillet viscéral de la plèvre.

(M. Lafargue.)

N° 290 *a*. — Moitié latérale gauche du thorax ; décollement de la plèvre costale par un anévrysme.

Cette pièce provient d'une femme de 84 ans. Elle avait eu plusieurs attaques qui faisaient penser à une angine de poitrine.

L'aorte saine, à son origine, présentait une dilatation au niveau de sa crosse. Sur la portion descendante de la crosse et sur sa face gauche, existait une plaque d'athérome qui adhérait au sommet du poumon. A ce niveau s'est produit une rupture de l'aorte d'environ 5 centimètres, et le sang s'est épanché dans la poitrine, où il formait un volumineux caillot.

Le poumon gauche, diminué de volume, était refoulé vers le sommet par une tumeur qui mesurait 20 centimètres de haut sur 12 de large à sa partie inférieure. Cette tumeur, comme on le constate sur cette pièce, est renfermée entre la plèvre pariétale qu'elle a détachée et les muscles intercostaux. Elle était constituée par un vaste épanchement sanguin qui, après avoir soulevé la plèvre, refoulait le poumon en haut et en dedans.

(M. Nau, *Soc. Anat.*, 1876, 4e série, t. Ier, p. 506.)

N° 201. — Portion de crosse de l'aorte et du poumon droit; anévrysme de la crosse de l'aorte qui s'est ouvert dans une bronche au sommet du poumon.

Cette pièce provient d'une femme de 75 ans, qui, à trois reprises différentes, à la suite de toux, avait craché une grande quantité de sang rutilant. La première hémoptysie, qui avait eu lieu, environ six semaines avant la mort, était d'environ 500 grammes de sang; la seconde était de 1,000 grammes et avait lieu trois jours environ avant le décès de la malade; la troisième, qui a déterminé la mort, était d'environ de 2 kilogrammes de sang.

On constate sur cette pièce que le sommet du poumon est induré; il a été incisé, et on voit qu'il existe une cavité qui a le volume d'une grosse noix et qui est en grande partie remplie de caillots décolorés. Cette cavité communique, par un orifice assez grand, avec la partie postérieure de la crosse de l'aorte. Il s'agit donc ici d'un anévrysme kysteux de l'aorte, qui s'est ouvert dans le poumon gauche.

(M. Wieland, *Soc. Anat.*, 1854, t. XXIX, p, 171.)

N° 202. — Portion de la crosse de l'aorte, de la trachée et de l'œsophage; anévrysme de la crosse de l'aorte, ouvert dans l'œsophage.

La crosse de l'aorte est très-dilatée et fortement athéromateuse. Sur le côté gauche de la crosse de l'aorte, un peu au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche, se trouve une dilatation ampullaire de l'aorte, véritable petit anévrysme kysteux latéral.

Son ouverture dans l'aorte est circulaire et a 3 centimètres de diamètre; la tumeur peu volumineuse dévie latéralement la tra-

chée-artère, et vient adhérer à l'œsophage dans une étendue verticale de 4 centimètres. Ce dernier canal a été perforé, l'ouverture de communication y est légèrement ovale et a environ 1 centimètre.

(Professeur Lœnnec, *Bull. de la Fac.*, 1806, p. 104.)

N° 293. — Cœur avec l'aorte et la moitié postérieure du thorax anévrysme de la partie supérieure de l'aorte thoracique.

Sur cette pièce, il existe un anévrysme très-considérable de la partie supérieure de l'aorte thoracique. Cet anévrysme, qui commence au-dessous de l'origine de l'artère sous-clavière gauche, s'étend de haut en bas dans une hauteur de 18 centimètres, et fait en arrière et à gauche une saillie de 12 centimètres.

La tumeur occupe exclusivement le côté gauche du thorax; les corps de la quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième vertèbre dorsale sont profondément érodés, tandis que les cartilages inter-diarthrodiaux sont intacts et font saillie dans la poche. Au niveau du corps de la septième vertèbre l'usure est si profonde, que l'anévrysme arrive jusque dans le canal rachidien. La partie postérieure des sixième et septième côtes est détruite. Le poumon gauche, fortement adhérent à la tumeur anévrysmale, est très-comprimé par elle. Un volumineux caillot décoloré et stratifié, remplissait presque complétement la cavité de l'anévrysme; il a été détaché et renversé de haut en bas. L'ouverture du sac dans l'aorte a 4 centimètres d'étendue.

N° 294. — Aorte avec une portion de la colonne vertébrale et le diaphragme; anévrysme kysteux de l'aorte thoracique.

Sur cette pièce, qui est sans renseignements, on constate que l'aorte thoracique est dilatée et athéromateuse. A sa partie moyenne, elle présente une large perforation, qui communique avec un anévrysme kysteux qui a érodé le corps d'une vertèbre, dans lequel il a pénétré et s'est creusé une cavité.

Article 9.

ANÉVRYSMES DOUBLES DE LA CROSSE DE L'AORTE, OU A LA FOIS DE L'AORTE THORACIQUE & ABDOMINALE

Les pièces d'anévrysme double, soit de la crosse de l'aorte, ou à la fois de l'aorte thoracique et abdominale sont au nombre de sept seulement, nos 295, 295 *a*, 296, 297, 298, 299 et 300. La pièce n° 300, donnée par Lœnnec, est un exemple de double anévrysme kysteux de l'aorte ; les deux tumeurs sont situées à peu de distance l'une de l'autre. La poche supérieure, en s'appliquant contre la colonne vertébrale, s'est adossée à l'inférieure, et la cloison qui les sépare est très-mince; il est facile de comprendre que cette cloison aurait pu se perforer, et une nouvelle communication se serait établie entre les deux sacs. Cette communication aurait été alors une nouvelle voie ouverte à la circulation.

N° 295. — Modèle en cire d'un cœur avec la crosse de l'aorte; anévrysme double de la crosse de l'aorte.

Cette pièce en cire est destinée à représenter un double anévrysme de la crosse de l'aorte. La première tumeur anévrysmale est très-considérale et est située sur le côté gauche de la crosse: elle s'étend depuis l'origine de ce vaisseau jusqu'à la sous-clavière gauche. Dans ce point, l'aorte se rétrécit pour se dilater de nouveau, et former une seconde tumeur beaucoup moins volumineuse que la première.

L'origine du tronc brachio-céphalique est également dilatée. Sur la partie antérieure de la première tumeur, on a représenté une perforation de 3 centimètres, transversale à l'aorte et qui aurait donné lieu à une hémorrhagie mortelle. Le cœur est très-volumineux.

(Professeur Desault.)

N° 295 *a*. — Cœur; anévrysmes multiples de la crosse de l'aorte : trois sont situés à gauche et deux à droite.

Cette pièce provient d'un homme de 70 ans. La crosse de

l'aorte est dilatée à partir de son orifice qui est normale, jusqu'au niveau de la bronche gauche, où elle reprend tout à coup ses dimensions normales. La crosse a 17 centimètres de circonférence et s'élève à 15 centimètres au-dessus de son origine.

Sur le côté gauche de l'aorte, on trouve trois dilatations anévrysmales qui ont le volume de trois marrons : elles sont situées l'une devant, les deux autres derrière le pneumo-gastrique, qui est aplati et bride en quelque sorte l'aorte. A droite existent deux anévrysmes, l'un petit entre le tronc brachio-céphalique et la carotide gauche, l'autre ayant le volume d'une moitié d'œuf, s'appuie sur la trachée à laquelle il adhère et qu'il a déformée.

Ces cinq anévrysmes étaient comblés par des caillots, et sur la face interne de l'aorte on ne les distinguait que par un changement de coloration. Il existe une dilatation très-marquée du tronc brachio-céphalique et de l'artère sous-clavière.

(M. Faraboeuf, *Soc. anat.*, 1874, 3e série, t. IX, p. 928.)

N° 296. — Modèle (procédé Thibert) d'un anévrysme double de la crosse de l'aorte et de l'aorte descendante.

Sur ce moulage qui représente le cœur et une grande portion de l'aorte, on a figuré deux vastes poches anévrysmales. Dans l'une de ces poches, qui siége dans la portion ascendante de la crosse et est greffée sur une dilatation considérable de ce vaisseau, on constate qu'il existe de nombreuses plaques athéromateuses.

La seconde tumeur anévrysmale est située à la partie supérieure de l'aorte thoracique. On y a figuré un volumineux caillot fibrineux, décoloré ; il présente une gouttière pour le passage du sang. Le cœur ne présente aucune lésion de l'orifice de l'artère aorte.

(Professeur Bouillaud.)

N° 297. — Modèle (procédé Thibert) d'un anévrysme double de la partie supérieure de l'aorte thoracique.

Sur ce moulage, on constate que le cœur est à peu près normal, et que la crosse de l'aorte est dilatée. La partie supérieure de l'aorte thoracique présente une énorme tumeur anévrysmale, divisée en deux cavités qui sont superposées ; elles communiquent l'une avec l'autre. Cette énorme tumeur siége immédiatement au-dessous des vaisseaux qui naissent de la crosse de l'aorte, et elle a en grande partie détruit la paroi postérieure de la poitrine et la colonne vertébrale.

(Professeur Bouillaud.)

N° 298. — Modèle (procédé Thibert) du double anévrysme précédent de la partie supérieure de l'aorte thoracique.

Ce second moulage est destiné à montrer la saillie que font en arrière les deux tumeurs anévrysmales précédentes. Les deux saillies sont considérables, et correspondent à la disposition des deux tumeurs qui occupent le milieu du dos.
(Professeur Bouillaud.)

N° 299. — Cœur avec l'aorte ; anévrysme double de l'aorte.

Sur cette pièce il existe deux tumeurs anévrysmales parfaitement distinctes. L'un de ces anévrysmes occupe la partie recourbée de la crosse de l'aorte qui est dilatée et athéromateuse : il occupe la plus grande partie de la portion recourbée. Son diamètre transversal est d'environ 8 centimètres ; au niveau de la partie moyenne, cette tumeur anévrysmale présente un léger étranglement. La poche supérieure est en grande partie remplie par un caillot ancien et décoloré.

La seconde tumeur qui est sacciforme, arrondie, occupe la région abdominale La tumeur est parfaitement globuleuse ; elle siége à 6 centimètres au-dessus de la bifurcation de l'aorte, elle naît de sa face antérieure, et l'ouverture de communication est oblongue d'environ 3 centimètres verticalement. La paroi de la poche, parfaitement globuleuse, à 12 centimètres de diamètre. Cette cavité est en grande partie remplie par un caillot dense, décoloré et fortement adhérent aux parois.
(M. Bourdier, 1808.)

N° 300. — Portion de l'aorte thoracique avec les neuf dernières vertèbres dorsales ; anévrysme double de l'aorte.

Sur cette pièce, il existe un anévrysme double de l'aorte thoracique. La première tumeur anévrysmale s'étend depuis la partie supérieure du corps de la cinquième vertèbre dorsale, jusqu'à la partie moyenne du corps de la huitième ; elle est aplatie, elle a 5 centimètres de diamètre transversal et 7 de hauteur. L'ouverture de communication avec l'aorte a 4 centimètres ; le corps des sixième et septième vertèbres est profondément détruit.

La seconde tumeur est située immédiatement au-dessous, et s'étend depuis la partie moyenne du corps de la huitième vertèbre, jusqu'à la partie inférieure de la onzième ; son diamètre transversal est de 6 centimètres et son vertical en a 8 ; le diamètre de son ouverture est de quatre centimètres. Les deux tumeurs

sont séparées par une simple cloison très-mince, formée par l'accolement des parois des deux sacs. Les deux ouvertures des tumeurs dans l'aorte, sont séparées par un intervalle de 3 centimètres. Dans l'intérieur de la seconde tumeur, le corps des neuvième et dixième vertèbres est considérablement usé.

(Professeur Lœnnec.)

Article 10.

ANÉVRYSME DE L'AORTE ABDOMINALE.

Ces anévrysmes sont au nombre de douze dans le Musée, du n° 301 au n° 312 inclusivement. J'ai classé et procédé pour la description de ces pièces, comme pour l'aorte thoracique ; c'est à-dire que j'ai d'abord décrit les dilatations, puis les anévrysmes kysteux sans rupture et enfin ceux avec rupture.

N° 301. — Aorte abdominale ; dilatation circonférentielle de l'aorte.

Sur cette pièce, au niveau de l'origine du tronc cœliaque, on observe une dilatation circonférentielle peu considérable de l'aorte, avec oblitération du tronc cœliaque, par un caillot adhérent et décoloré.

(Professeur Corvisart.)

N° 302. — Portion de colonne vertébrale avec l'aorte ; anévrysme par dilatation de l'aorte abdominale.

L'aorte abdominale immédiatement au-dessous du diaphragme, présente une dilatation ampullaire fusiforme, formée par les trois tuniques artérielles. Son plus grand diamètre a 5 centimètres, sa hauteur en a 7. Le tronc cœliaque qui naît à peu près au centre de la dilatation, est lui-même plus volumineux.

(Professeur Dupuytren.)

N° 303. — Artère aorte ; anévrysme par dilatation de l'aorte abdominale.

Cette aorte présente un anévrysme, par dilatation considérable de l'aorte abdominale. La tumeur, qui est presque cylindroïde, paraît surtout s'être développée aux dépens de la partie antérieure de l'aorte. Cet anévrysme commence, brusquement, immédiatement au-dessous du diaphragme, et s'étend jusqu'à la division des artères en iliaques primitives. La tumeur a 17 centimètres de hauteur et 27 de circonférence. Il existe de nombreuses plaques crétacées dans l'aorte thoracique et dans l'épaisseur des parois de la tumeur anévrysmale.

(Professeur Thillaye, thèse de M. Lesage, p. 62, n° 99, an XII.)

N° 304. — Tumeur sanguine.

Cette pièce, sans renseignements, consiste dans un kyste stratifié du volume d'un œuf, probablement hématique, qui provient de l'intérieur de la poitrine d'un vieux coq.

(Professeur Broca, *Soc. de chir.*, 1870, 2e série, t. XI, p. 235.)

N° 305. — Portion inférieure de l'aorte abdominale ; anévrysme par dilatation de l'aorte abdominale.

Cette pièce provient d'une femme de 60 ans, qui est morte d'une lésion étrangère à son anévrysme de l'aorte, qui n'avait point été soupçonné.

L'extrémité inférieure de l'aorte abdominale qui est un peu dilatée était plus dure que dans l'état normal ; elle avait la forme d'un cylindre plein. Elle a été incisée verticalement et on constate que, depuis l'origine de la mésentérique supérieure jusqu'à sa bifurcation en iliaques, l'intérieur de cette portion de l'aorte est occupé par un caillot allongé, assez régulièrement cylindrique, creusé en gouttière à sa partie postérieure. Cette gouttière devait encore permettre le passage du sang, ce qui explique l'absence de troubles de la circulation dans les membres inférieurs.

Au niveau de ce caillot, l'artère a notablement augmenté de volume, ce qui démontre bien qu'il s'agit d'une véritable dilatation cylindroïde avec caillot. La dilatation existe principalement à la partie antérieure de l'aorte. La membrane interne seule cesse dans une grande étendue du pourtour ; elle est conservée dans l'endroit correspondant à l'espèce de gouttière que présente le caillot en arrière. Les parois de l'aorte présentent un certain

nombre de plaques athéromateuses jaunâtres; il est probable que cette dilatation s'est faite consécutivement à l'altération des parois du vaisseau.

(M. Barth, *Soc. anat.*, 1848, t. XXIII, p. 260.)

N° 306. — Portion inférieure de l'aorte abdominale avec les deux iliaques primitives; anévrysme par dilatation de la partie inférieure de l'aorte abdominale.

Cette pièce provient d'une femme de 64 ans. Il existe un anévrysme par dilatation de l'aorte abdominale, qui s'est ouvert dans la cavité abdominale. La tumeur anévrysmale occupe la partie antérieure et latérale gauche de l'aorte; elle se termine à deux travers de doigt au-dessus de la naissance des iliaques primitives. Cette poche présente un diamètre antéro-postérieur de 45 millimètres et un diamètre vertical de 4 centimètres.

La tumeur est assez régulière, les parois en sont épaissies et formées par les trois tuniques artérielles. Cette poche contenait un gros caillot mou, noir, et dans ses parties supérieures et inférieures seulement, quelques caillots feuilletés décolorés. La paroi interne latérale gauche de cet anévrysme, présente une déchirure qui avait établi la communication avec la cavité abdominale. L'aorte est fortement athéromateuse.

(M. Vigla, *Soc. anat.*, 1869, 2e série, t. XIV, p. 258.)

N° 307. — Portion de la crosse de l'aorte avec la colonne vertébrale; anévrysme kysteux de l'aorte abdominale.

L'artère aorte abdominale présente dans sa paroi postérieure un orifice qui a la forme d'un carré oblong, dont la partie supérieure, qui est la plus large, a 3 centimètres, tandis que l'inférieure en a 1. La hauteur de cette ouverture est de 4 centimètres.

Le sac anévrysmal a 3 centimètres de profondeur; il est adhérent au corps de la troisième et quatrième vertèbre lombaire, dans lesquelles il s'est creusé une cavité après les avoir détruites.

(M. Bouchut.)

N° 308. — Portion de l'aorte et de la colonne vertébrale; anévrysme latéral et par rupture de l'aorte abdominale.

Sur cette pièce, on observe un anévrysme volumineux de l'aorte abdominale. L'ouverture du sac est située sur la partie laté-

rale gauche et postérieure de l'aorte, elle est ovalaire. Son grand diamètre qui est vertical a 3 centimètres de hauteur.

Le sac est bilobé ; sa portion la plus petite contourne la face antérieure de la colonne vertébrale pour se porter à droite. Cette portion est aplatie, fusiforme, et présente une hauteur de 15 centimètres et un diamètre transversal de 5.

La portion la plus volumineuse de cet anévrysme occupe l'hypocondre gauche elle s'étend en haut jusque dans la cavité thoracique par refoulement du diaphragme; elle s'arrête en bas, au niveau de l'apophyse transverse de la troisième vertèbre lombaire. Ces diamètres sont de haut en bas de 20 centimètres, d'un côté à l'autre de 14 et d'avant en arrière de 11. Cette partie était remplie par un volumineux caillot décoloré stratifié.

(Professeur Pelletan, 1806, *Bull. de la Fac.*, p. 30.)

N° 309. — Modèle en cire de la pièce précédente ; anévrysme volumineux de l'aorte abdominale.

(Prof. Pelletan, *Bul. de la Fac.*, 1806, p. 30.)

N° 310. — Cœur avec l'aorte ; anévrysme de l'aorte abdominale.

Cet anévrysme de l'aorte abdominale a eu lieu par rupture, et à ce niveau l'aorte est très-athéromateuse. La tumeur est située au-dessus de l'artère mésentérique inférieure: elle est arrondie et a 13 centimètres de diamètre. L'ouverture dans l'aorte est irrégulière; la poche est complètement remplie par un caillot dense, décoloré et disposé par couches lamellaires nombreuses.

(Prof. Blandin, 1838.)

N° 311. — Portion de l'aorte avec la colonne vertébrale ; anévrysme de l'aorte abdominale.

Cet anévrysme de l'aorte abdominale siége au niveau du tronc cœliaque, et il présente une disposition assez singulière. L'artère aorte dilatée est transformée en un large sac dont la partie antérieure est constituée par l'artère même; en arrière l'aorte est remplacée par les vertèbres dont le corps est érodé, les cartilages étant restés intacts. La tumeur occupe principalement la partie droite de l abdomen : elle a 20 centimètres de haut sur 15 de large.

Les muscles psoas ont, en grande partie, disparu ; les nerfs du

plexus lombaire sont atrophiés, réduits à leur névrilème. A la partie supérieure de la tumeur, existe une déchirure qui correspond à une perforation du diaphragme et du poumon. Le malade éprouvait, depuis deux ans avant sa mort, des douleurs lombaires et il était paralysé des membres inférieurs. On croyait à une myélite; il succomba après un vomissement de sang abondant.

(*M.* Giraud, *Soc. anat.*, 1837, p. 36.)

N° 312. — Portion d'aorte abdominale de cheval; anévrysme par dilatation.

Sur cette pièce, on constate que l'aorte est le siége de nombreux dépôts crétacés. Cette artère a subi une dilatation anévrysmale fusiforme très-considérable.

(M. Bouley.)

Article 11.

ANÉVRYSMES DES ARTÈRES VISCÉRALES DE L'ABDOMEN, DU CERVEAU ET DES DIVERS MEMBRES

Les pièces relatives à ces tumeurs anévrysmales étant peu nombreuses, j'ai cru devoir les comprendre dans un même article. Le Musée renferme vingt-sept de ces pièces, du n° 313 au n° 334 inclusivement. La pièce n° 313 est un exemple d'anévrysme de la mésentérique supérieure, ainsi que celle n° 321; le n° 322 est un dessin de la pièce précédente.

La pièce n° 314 est un anévrysme de l'artère gastro-épiploïque droite; les pièces n°s 315 et 316 de l'artère splénique; celle n° 317, du tronc basi aire; n° 318, de l'artère vertébrale, et les pièces n°s 319 et 320, du tronc brachio-céphalique. La pièce n° 322 *a* est un exemple d'anévrysme de l'artère iliaque primitive; celle n° 322 *b*, de l'hypogastrique.

Les pièces n°s 323 et 324 sont des exemples d'anévrysmes de la sous-clavière gauche. la pièce n° 325, d'anévrysme cirsoïde de la radiale et de la cubitale; celle n° 325 *a*, d'anévrysme faux de l'artère radiale. Trois pièces, n°s 326, 327 et

328, sont des exemples d'anévrysmes de l'artère fémorale; sept de l'artère poplitées, nos 329, 330, 331, 332, 333, 335 336, et une, n° 334, du tronc tibio-péronier.

N° 313. — Artère aorte avec une partie de l'intestin grêle; anévrysme de l'artère mésentérique supérieure.

On constate, sur cette pièce, que l'artère mésentérique supérieure présente une tumeur anévrysmale qui est bilobée. La partie inférieure de cet anévrysme, qui est la plus considérable, est cylindrique : elle a 5 centimètres de hauteur sur 3 de diamètre. Cette tumeur est séparée de la supérieure par un étranglement très-prononcé. Cette dernière est conique; elle a 2 centimètres de diamètre sur 5 de hauteur et se termine en pointe du côté de l'origine de la mésentérique, à 2 centimètres 1/2 de son insertion à l'aorte.

Ces deux tumeurs anévrysmales donnent naissance à un grand nombre de branches intestinales qui étaient restées perméables au sang. L'aorte est, dans toute sa longueur, parsemée de plaques crétacées, et présente sur le côté, de nombreuses dilatations alternes. Il y avait, chez cet individu, une véritable diathèse anévrysmale.

(M. Lenoir.)

N° 314. — Portion de l'estomac; anévrysme kysteux de l'artère gastro-épiploïque droite.

Cette pièce provient d'un vieillard de 79 ans. Il existe, au niveau de la grande courbure de l'estomac, à 6 centimètres du pylore, un anévrysme du volume d'une grosse noix. Cette tumeur est située entre les deux feuillets qui composent la lame antérieure du grand épiploon : elle adhère fortement aux tuniques de l'estomac.

Une coupe pratiquée sur le milieu de la tumeur anévrysmale, montre que cette tumeur contient un caillot stratifié, décoloré, qui la remplissait complétement. La consistance du caillot diminue à mesure que l'on se rapproche du côté gauche de la tumeur. Dans ce point, en effet, se voyait un caillot mou, crémorique, qui mesurait environ 1 centimètre 1/2 d'épaisseur.

Deux artérioles, dépendances terminales de l'artère gastro-épiploïque droite, aboutissent à la périphérie de la tumeur. L'une, très-petite, est oblitérée au moment où elle arrive sur les caillots stratifiés; l'autre, un peu plus apparente, et libre, vient tomber dans la poche au niveau du caillot récent signalé plus

haut. La relation paraît donc assez évidente entre ce caillot cruorique et cette artère restée libre. C'était le seul point par lequel une certaine quantité de sang pouvait arriver encore dans la poche anévrysmale.

Il est bon de noter que, malgré son âge avancé, le malade ne présentait pas les lésions artérielles qu'on rencontre habituellement chez les vieillards.

(M. Lenglet, *Soc. anat.*, 1867, 2me série, t. XII, p. 7.)

N° 315. — Rate très-hypertrophiée ; anévrysme sacciforme de l'artère splénique.

Cette rate, qui pesait 1,700 grammes, provient d'un homme mort d'une pleurésie tuberculeuse. L'artère splénique présente une dilatation ampullaire considérable, comme variqueuse dans une grande étendue. On constate qu'il existait, sur le trajet de l'artère, une tumeur oblongue, du volume d'un gros œuf, dont les parois sont ostéo-calcaires. Le sang circulait facilement dans cette tumeur anévrysmale qui ne contenait point de caillots.

(M. Fredet, *Soc. anat.*, 1867, 2me série, t. XII, p. 304.)

N° 316. — Artère splénique ; tumeur anévrysmale.

La tumeur anévrysmale qui a été trouvée sur le trajet de l'artère splénique, se présente sous la forme d'une coque osseuse. Sa face externe est recouverte d'une enveloppe celluleuse, et à l'intérieur existait un caillot sanguin qui obstruait presque en totalité la cavité, qui ne communiquait que par une petite ouverture avec l'artère. C'est dans cette disposition que quelques auteurs ont cru rencontrer des exemples de guérison spontanée des tumeurs anévrysmales.

(M. Chambert, *Soc. anat.* 1837, p. 228.)

N° 317. — Tumeur anévrysmale du tronc de l'artère basilaire.

Cette pièce provient d'un homme de 68 ans, qui a pendant longtemps présenté des accidents cérébraux qui peuvent se résumer ainsi au moment de sa mort : il existait un affaissement général, avec résolution incomplète des quatre membres, excrétion involontaire des urines et des matières fécales, anorexie, déglutition difficile, surtout des boissons, perte absolue de la voix et de la parole, dyspnée considérable.

On constate que cette tumeur anévrysmale qui est ovoïde,

présente à sa surface 3 tubercules pisifonnes ; deux, situés à la face supérieure, s'enfonçaient dans le bulbe rachidien. La poche a environ 2 centimètres de long sur 1 centimètre 1/2 de largeur.

Au niveau du point de jonction des artères vertébrales, elles se dilatent latéralement en arrière et en haut, et se continuent en avant avec les parois de l'artère cérébelleuse droite ; elles finissent par s'étendre considérablement en bas, de manière à constituer l'enveloppe de la tumeur anévrysmale. On reconnaît distinctement les trois tuniques de l'artère, excepté dans certains points où l'interne manque. De plus, il existe dans la membrane moyenne quelques plaques athéromateuses.

La poche de l'anévrysme est remplie presque en totalité par un caillot fibrineux dense, décoloré, homogène. Les parois de la poche lui adhèrent faiblement, et s'en trouvent séparées dans la partie correspondante à la gouttière basilaire, par une couche inégale de sang coagulé. Ce sang était distinct de la concrétion par son état demi liquide. Cette tumeur déprimait assez fortement le bulbe. (Voir, pour plus de détails, l'observation qui est très-complète.)

(M. Lebert, *Soc. anat.*, 1838, t. XI, p. 22.)

N° 218. — Cerveau ; anévrysme de l'artère vertébrale gauche.

Cette pièce provient d'une femme de 61 ans. Depuis longtemps elle présentait un affaiblissement de l'intelligence et de la mobilité. Cette femme rendait involontairement ses urines et les matières fécales. La respiration était très-pénible stertoreuse, ce qui aurait pu résulter d'un goître volumineux que portait cette malade ; mais il a été reconnu, pendant la vie et après la mort, que le goître n'avait eu aucune influence sur la difficulté de respirer.

On constate sur cette pièce, qu'il existe sur la partie latérale gauche de la protubérance, à l'endroit où l'artère vertébrale gauche s'unit à la droite pour former le tronc basilaire, une tumeur anévrysmale du volume d'une noisette. Cette tumeur est dure, allongée dans le sens de l'artère vertébrale. La poche anévrysmale a été reconnue par M. Vulpian être constituée par toutes les tuniques de l'artère (anévrysme vrai) ; elle est remplie par un caillot fibrineux adhérent ; l'artère vertébrale gauche est presque oblitérée au point où elle s'abouche dans la tumeur.

(M. Berger, *Soc. anat.*, 1869, 2e sér., t. XIV, p. 188.)

N° 219. — Cœur avec la crosse de l'aorte ; dilatation anévrysmale du tronc brachio-céphalique.

Le tronc brachio-céphalique, dans sa partie antérieure, est le siége d'une tumeur assez considérable : elle a 6 centimètres de

haut sur 4 de large. Cette pièce est en mauvais état de conservation.

(Professeur Lœnnec.)

N° 320. — Portion de l'aorte et de la trachée-artère ; anévrysme du tronc brachio-céphalique.

Sur cette pièce, on constate l'existence d'un anévrysme kysteux du tronc brachio-céphalique : l'ouverture de communication du sac est circulaire, elle a 3 centimètres de diamètre. La tumeur fait une saillie qui a à peine 1 centimètre; un caillot dense, décoloré, remplit sa cavité. Le sommet de l'anévrysme repose sur la trachée-artère à laquelle il adhère ; cette dernière a été usée, et la perforation très-petite, de 1 millimètre de diamètre, est située à 7 centimètres au-dessus de la division des bronches.

(M. Barth, 1840.)

N° 321. — Portion inférieure de l'aorte avec les reins; anévrysme de l'artère mésentérique supérieure.

Cette pièce provient d'une femme de 23 ans. Cette femme, très-affaiblie, avait des hémorrhagies intestinales qui se répétaient souvent. Pendant la vie, on a constaté qu'il existait dans la cavité abdominale, une tumeur située à deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes, du côté gauche, et à trois ou quatre travers de doigt de distance de la ligne blanche. Cette tumeur était soulevée en totalité par une pulsation artérielle puissante; il existait un souffle rude, râpeux, ayant nettement son maximum d'intensité au sommet de la tumeur.

On constate sur cette pièce l'existence d'une tumeur ovoïde de la grosseur d'un gros œuf de pigeon : elle est constituée par un sac anévrysmal rempli de caillots sanguins, disposés par couches concentriques, adhérents.

Cette tumeur anevrysmale siége sur l'artère mésentérique supérieur peu après son émergence de l'aorte. L'artère mésentérique supérieure, à 4 centimètres environ de sa naissance, présente une destruction de ses parois sur une étendue de 1 centimètre, et cet orifice établit la communication entre l'artère et le sac. La tumeur anévrysmale a contracté des adhérences avec la troisième portion du duodenum ; au niveau de ces adhérences, la muqueuse est amincie au centre et ulcérée. Un stylet mousse passait sans effort par cette perforation, et c'est par cet orifice que se produisaient les hémorrhagies.

(Professeur Chauffard, *Bull. et Mém. de la Société de médecine des hôpitaux*, 1864, 2e sér., t. I, p. 50.)

N° 322. — Dessins de l'anévrysme précédent de l'artère mésentérique supérieure.

N° 323 *a*. — Portion de l'aorte abdominale avec les iliaques; anévrysme de l'iliaque primitive et de l'hypogastrique gauche.

Cette pièce provient d'un homme de 89 ans. On observe sur l'iliaque primitive gauche, une dilatation anévrysmale formée presque exclusivement par la tunique externe; la cavité de l'anévrysme était remplie par une bouillie athéromateuse.

Une seconde tumeur anévrysmale fusiforme, s'observe sur l'iliaque interne, à peu de distance de son origine. Cette tumeur contient un caillot blanc jaunâtre, de consistance gélatineuse ; il obture complétement la lumière du vaisseau. Les veines épaissies, accolées aux artères, contenaient de nombreux caillots, la circulation y était en grande partie interrompue : elles étaient athéromateuses.

La poche anévrysmale de l'hypogastrique, sur un point limité, présente une éraillure obturée par un bouchon calcaire, par laquelle s'était probablement faite une infiltration sanguine qui remplissait la plus grande partie du bassin.

(M. Doléris, *Soc anat.*, 1875, 3e série, t. X, p. 557.)

N° 323 *b*. — Portion inférieure de l'aorte avec les deux artères iliaques ; anévrysme de l'artère hypogastrique droite.

Cette pièce provient d'un homme de 76 ans, sur lequel on n'avait jamais observé aucun trouble circulatoire. L'aorte et les iliaques primitives étaient déformées et flexueuses, et présentent un grand nombre de plaques athéromateuses.

Le tronc de l'artère hypogastrique droite est remplacé par une tumeur anévrysmale, irrégulièrement ovoïde, longue de 5 centimètres 1/2 et qui présente une circonférence de 12 centimètres. Il s'agit d'un anévrysme sacciforme dont le bord interne à peu près rectiligne, représente la direction de l'artère. Sur une coupe qui a été pratiquée sur la tumeur, on voit que la dilatation s'est formée aux dépens de la demi-circonférence externe. A la partie inférieure de la tumeur naissent trois artères ; l'ombilicale, la honteuse interne et l'ischiatique. L'ombilicale ; était seule oblitérée.

Le sac était tapissé intérieurement d'une couche de caillots fibrineux, denses, très-adhérents. Sur le bord interne de la poche il n'existait que des caillots cruoriques, mous, qui rendent compte

de la persistance de la circulation dans les artères qui naissent de la partie inférieure du sac.

A gauche, l'hypogastrique ne présente pas de concrétions calcaires dans sa paroi ; elle offre cependant une dilatation fusiforme qui contient un caillot fibrineux, dense, du volume d'une amande, adhérent seulement en arrière, et n'arrêtant point la circulation dans les artères afférentes.

(M. Féré, *Soc anat.*, 1876, 4e série, t. Ier, p. 228.)

N° 223. — Modèle en cire de la moitié latérale gauche du thorax; anévrysme de l'artère sous-clavière gauche.

Cette pièce, qui a été moulée sur nature, est destinée à représenter le relief que fait en avant du thorax, une tumeur anévrysmale de l'artère sous-clavière gauche. Elle s'étend en bas, jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, en passant sous les muscles pectoraux. Au-dessous du creux de l'aisselle, la peau est bleuâtre et paraît amincie.

(Professeur Pelletan, *Bull. de la Fac.*, an xii, p. 181.)

N° 224. — Modèle en cire de la pièce précédente représentée disséquée ; anévrysme de l'artère sous-clavière gauche.

Sur cette seconde pièce, la tumeur est représentée disséquée. On voit que la tumeur anévrysmale est divisée en deux parties à peu près égales, séparées par une forte dépression que détermine le muscle petit pectoral. La tumeur supérieure soulève le grand pectoral près de son insertion à la clavicule, et l'inférieure soulève le muscle grand dentelé au-dessous duquel elle est située.

(Professeur Pelletan, *Bull. de la Fac.*, an xii, 181.)

N° 225. — Avant-bras et main droite ; anévrysme cirsoïde des artères cubitales et radiales.

Cette pièce a été recueillie sur le cadavre d'une vieille femme. A l'avant-bras, les artères radiales et cubitales sont notablement augmentées de volume, en même temps qu'elles sont allongées; elles décrivent l'une et l'autre, à la partie supérieure de l'avant-bras, une flexuosité très-marquée.

Mais c'est principalement à la partie inférieure de l'avant-bras et à la main, que ces flexuosités sont nombreuses. Celles de l'artère cubitale, déjà très-prononcées au quart inférieur de l'avant-bras, au niveau de l'arcade palmaire superficielle, sont considé-

rables et forment de véritables têtes de Méduse. Ces dilatations flexueuses s'étendent jusqu'aux doigts, dont elles ont atrophié, dévié les phalanges. L'artère radiale, peu flexueuse à l'avant-bras, l'est, au contraire, beaucoup au niveau de l'arcade palmaire profonde.

(M. Bogros, 1825.)

N° 325 *a*. — Moule en plâtre d'une main gauche ; anévrysme faux consécutif de l'artère radiale dans le premier espace interosseux.

Ce moule en plâtre a été pris sur un homme de 56 ans. On constate, sur ce moule, qu'il existe au niveau de l'espace interosseux, à la partie supérieure, sur le dos de la main, une tumeur du volume d'une grosse châtaigne, qui s'était produite à la suite d'une blessure de cette région par un morceau de verre pointu Par cette blessure le sang jaillit en grande abondance, l'hémorrhagie fut arrêtée par le malade assez facilement, la plaie se cicatrisa, et, 15 jours après, apparut une tumeur Cette tumeur fit des progrès lents mais persistants, et, en trois mois et demi, elle acquit le volume que nous avons déjà indiqué : celui d'une grosse châtaigne. Elle était animée de battements. de pulsations isochrones avec les pulsations artérielles, sans qu'il fût possible de percevoir de bruit de souffle. Le diagnostic n'était point douteux, il s'agissait, ici, d un anévrysme faux consécutif, qui fut opéré avec le plus grand succès par la méthode ancienne.

(M. Desprès, *Soc. de chir.*, 1877, t. III, p. 601.)

N° 326. — Os iliaque gauche avec la moitié supérieure du fémur ; oblitération de l'artère fémorale à la suite d'une ligature pour un anévrysme probable.

Cette pièce présente un grand intérêt, mais elle est sans aucun renseignement. Les artères ont été injectées. L'artère fémorale paraît avoir été liée dans le triangle de scarpa, presque au niveau de l'origine de la fémorale profonde ; elle est oblitérée et transformée en un cordon fibreux. dans une longueur de 7 centimètres 1/2. L'origine de la fémorale profonde est aussi oblitérée dans une longueur de 2 centimètres.

L'artère iliaque externe est oblitérée également dans toute son étendue et transformée en un cordon fibreux. La partie supérieure de la fémorale, dans une étendue de 2 centimètres 1/2, bien diminuée de volume, contient de la matière à injection qui paraît lui être arrivée par les collatérales.

L'artère hypogastrique, très-volumineuse et flexueuse, est au

moins un tiers plus volumineuse qu'à l'ordinaire, ainsi que les branches qu'elle fournit. L'obturatrice très-dilatée, donne, après avoir franchi le trou obturateur, de nombreuses branches sinueuses, anastomostiques. Les artères fessière et ischiatique présentent une disposition analogue. La branche du nerf sciatique, très-flexueuse, a presque le volume de l'artère radiale. Il existe une circulation en retour considérable.

N° 327. — Bassin avec la moitié supérieure du fémur droit; ligature de l'artère fémorale.

Cette pièce provient d'une femme trouvée dans les amphithéâtres de dissection: les artères ont été injectées. L'oblitération de l'artère fémorale, longue de 4 centimètres, s'étend depuis l'épigastrique jusqu'à la fémorale profonde; un cordon fibreux imperméable remplace l'artère. M. Verneuil a trouvé une cicatrice à 1 centimètre au-dessous de l'arcade, et parallèlement à ce ligament. Sur aucun point du système artériel, il n'a rencontré de traces de tumeur anévrysmale.

L'artère fémorale était partout perméable à la cuisse, l'artère iliaque externe était perméable jusqu'à l'épigastrique, mais considérablement diminuée de calibre; elle a environ celui de l'artère radiale. L'iliaque interne est au contraire devenue très-volumineuse; elle rétablissait la circulation surtout par les branches obturatrice et fessière. Les artères honteuses, internes et ischiatiques sont également dilatées.

A la cuisse, les artères circonflexe interne, honteuses externes, superficielles et profondes, la fémorale profonde, ramenaient le sang dans la crurale par un réseau artériel très-riche, situé dans la région interne et supérieure de la cuisse, au niveau de la fosse obturatrice. Les artères des nerfs crural et sciatique sont très-dilatées. Les vaisseaux, qui établissent les anastomoses, ont un aspect particulier; ils sont flexueux, contournés en hélice. En certains points, ils sont comme variqueux.

(Professeur Verneuil, *Soc. de chir.*, 1852, t. III, p. 43.)

N° 328. — Artère fémorale avec la moitié inférieure du fémur droit; anévrysme de l'artère poplitée.

Cette pièce provient d'un homme de 45 ans, qui était atteint d'un anévrysme de l'artère poplitée du côté droit, pour lequel on a pratiqué la ligature de l'artère fémorale. Dix ans après, cet individu est mort d'une bronchite chronique,

On constate, sur cette pièce, que l'artère fémorale, au niveau de la ligature, est oblitérée, convertie en un cordon fibreux, dans

l'étendue de 5 à 6 centimètres environ, jusqu'à l'origine de la fémorale profonde. L'anévrysme siégeait derrière l'extrémité supérieure du tibia. La poplitée, à cet endroit, est complétement imperméable, non dilatée, convertie en un tissu fibreux. La poche anévrysmale est encore assez volumineuse, remplie de caillots fibrineux, denses et décolorés.

(Professeur Roux, *Soc. anat.*, 1844, t. XVIII, p. 246.)

N° 329. — Portion inférieure du fémur, supérieure du tibia et du péroné ; anévrysme de l'artère poplitée.

Cette pièce a été recueillie sur un militaire âgé de 45 ans, atteint d'un anévrysme de l'artère poplitée, qui a été guéri par l'application de la glace et la méthode débilitante. Le malade a suivi ce traitement pendant six mois consécutifs. Au bout de ce temps, la guérison était complète. Treize années après, il succomba à une maladie du cœur. Les artères de ce membre ont été injectées assez mal.

On constate, sur cette pièce, que l'artère poplitée, revenue sur elle-même, est transformée en cordon fibreux, dans une étendue de 12 centimètres. Ce cordon est un peu élargi à sa partie moyenne, laquelle correspond exactement au niveau de l'articulation. Les artères collatérales, qui partent de ce cordon fibreux, sont également oblitérées dans une partie de leur étendue, puis leur volume augmente notablement et elles sont devenues très-flexueuses et communiquent par de larges anastomoses.

(M. Ribes, *Bul. de la Fac.*, t. III, p. 85 et t. V, p. 200.)

N° 330. — Trois dessins destinés à représenter la pièce précédente, d'anévrysme de l'artère poplitée.

Ces trois dessins sont principalement destinés à montrer la disposition serpentine des artères articulaires, qui ont été chargées de rétablir la circulation.

(M. Ribes, *Bul. de la Fac.*, t. III, p. 85 et t. V, p. 200.)

N° 331. — Artère poplitée ; anévrysme par rupture.

Cette pièce provient d'un homme qui présentait un anévrysme de l'artère poplitée, pour lequel on a pratiqué la ligature de l'artère fémorale. Au bout de quinze jours survint une gangrène à laquelle succomba le malade. La tumeur anévrysmale a le volume du poing, elle s'est développée sur la face antérieure de l'artère poplitée. La poche, dont les parois sont assez épaisses, contenait de

nombreux caillots. L'artère a été incisée verticalement à sa face postérieure, et on voit que l'orifice de communication avec la poche anévrysmale a des bords assez lisses. Cet orifice a 5 centimètres de longueur sur environ 3 de large.

(M. Maisonneuve, *Soc. de chir.*, 1855, t. V, p. 223.)

N° 332. — Portion inférieure du fémur, supérieure du tibia et du péroné ; anévrysme de l'artère poplitée.

Cette pièce, préparée par dessiccation, est en très-mauvais état de conservation. On constate qu'il existe une tumeur anévrysmale de l'artère poplitée, du volume d'un gros œuf de poule, qui a 6 centimètres de hauteur sur 5 de largeur.

(M. Peyrilhe, 1796.)

N° 333. — Portion inférieure du fémur droit avec la partie supérieure des deux os de la jambe ; anévrysme de l'artère poplitée, rupture du sac.

Cette pièce provient d'un homme de 36 ans. La tumeur anévrysmale apparut spontanément dans le creux poplité : elle était alors du volume d'un œuf de poule. Elle fut traitée sans succès par la glace pendant un temps assez long. Le 27 août 1851, cet homme éprouva dans le mollet, une douleur très-violente qui dura environ une heure. Toute la jambe devint immédiatement très-volumineuse, insensible et froide au-dessous du mollet, elle se couvrit même de phlyctène. On ne percevait pas facilement les battements artériels, mais les doigts étaient manifestement soulevés, et il existait un bruit de souffle très-faible.

La tumeur anévrysmale, qui est très-volumineuse, est bridée et limitée par les insertions des muscles jumeaux et soléaires. Une incision longitudinale a été pratiquée sur la face postérieure des deux muscles, et on constate qu'ils sont très-amincis par distension, et qu'au-dessous il existe une grande cavité qui était remplie de caillots sanguins ; les supérieurs étaient les plus denses, décolorés. Cette vaste poche est limitée supérieurement par les insertions des muscles jumeaux, et par l'aponévrose qui unit entre eux ces deux muscles ; elle se prolonge sur la gaîne de l'artère poplitée avec laquelle elle se confond.

En disséquant l'artère, on constate qu'elle est intacte jusqu'au-dessous de l'interligne articulaire, où on la voit s'ouvrir dans la cavité précédemment décrite, par une ouverture arrondie. A la partie inférieure du sac, existe une arrière-cavité qui permet l'introduction du pouce, et qui n'est autre que le bout inférieur de l'artère poplitée, dilatée. La cavité est tapissée, dans la moitié

externe de sa circonférence, par une membrane veloutée qui paraît être la tunique interne de l'artère rompue. De cette disposition, on peut conclure que l'anévrysme a commencé par la dilatation de la partie inférieure de l'artère poplitée, dont les tuniques se sont rompues par suite de l'accroissement et de la distension du sac. Ce cas paraît donc avoir été, au début, un exemple d'anévrysme vrai.

(M. Robert, *Soc. de chir.*, 1852, t. II, p. 275.)

N° 334. — Jambe gauche ; anévrysme du tronc tibio-péronier.

Cette pièce a été préparée par dessiccation. On constate, à la partie postérieure de la jambe, une tumeur anévrysmale volumineuse qui a 14 centimètres de haut sur 8 de large. Cette tumeur a pour point de départ le tronc artériel tibio-péronier. Les artères poplitée et fémorale étaient profondément altérées dans leur structure, les parois en sont épaissies et contiennent un grand nombre de plaques crétacées.

La tumeur anévrysmale, qui a été mal préparée, a profondément érodé la face postérieure du tibia, un de ses prolongements passe à travers la partie moyenne du ligament interosseux, et vient faire saillie à la face antérieure de la jambe et externe du tibia. La face interne du tibia, au niveau de la tumeur, est recouverte de nouvelles couches osseuses sous-périostiques, qui augmentent l'épaisseur du tibia et produisent une tumeur bombée : l'étendue de cette nouvelle production est de 12 centimètres. Par l'intérieur de la tumeur, vide de ses caillots, on voit que la destruction du tibia est considérable, et l'on reconnaît pour sa solidité, l'utilité de la nouvelle sécrétion osseuse.

(Professeur M. Roux, *Soc. anat.*, 1844.)

N° 335. — Portion inférieure du fémur gauche avec la partie supérieure des deux os de la jambe ; anévrysme de l'artère poplitée.

Cette pièce provient d'un homme de 32 ans, cultivateur. Il faisait remonter la date de son anévrysme à environ six semaines avant sa mort. Les deux artères poplitées étaient le siége de tumeurs anévrysmales. Celle de gauche était d'environ six semaines antérieure à la droite, aussi la tumeur est beaucoup plus volumineuse ; elle avait, un mois environ avant la mort de la malade, au niveau du mollet, une circonférence de 39 centimètres, et dans le genou, existait un épanchement sans battement appréciable, mais qui était évidemment du sang. Dans le creux poplité, la tumeur qui était arrondie, assez bien circonscrite, plus volumineuse que le poing,

était le siége de battements expansifs, énergiques, isochrones à la diastole artérielle, avec bruit de souffle léger à la partie supérieure. La compression fut longtemps employée sans succès dans ses divers modes, et l'amputation a été pratiquée parce que l'anévrysme menaçait de se rompre.

La tumeur anévrysmale se présente sous l'aspect de poches multiples, à parois celluleuses extrêmement minces. La poche principale, plus grosse que les deux poings, ovoïde, à grand diamètre vertical, a 15 centimètres; le diamètre transversal est de 10 à 12. Cette poche principale communique, à droite et à gauche, avec des poches accessoires. La poche anévrysmale à sa partie postérieure, présente des parois plus épaisses, plus consistantes. Cette portion qui retrace assez bien l'aspect des parois artérielles, se dessine comme un renflement fusiforme à direction verticale. Les extrémités supérieures et inférieures de ce renflement, se continuent avec le tronc de l'artère poplitée. Le nerf et la veine poplitée, contigus en haut du tronçon de l'artère, s'en écartent ensuite pour contourner la poche anévrysmale et rejoignent le tronçon artériel inférieur. La veine poplitée est complétement oblitérée dans sa moitié supérieure, par un caillot ferme, adhérent.

Une incision de la poche, en arrière, permet de voir qu'elle était remplie de caillots noirâtres. L'articulation du genou, qui est en comunication avec la paroi antérieure de la poche par trois orifices arrondis, du diamètre d'une pièce de 50 centimes, renfermait du sang et des caillots rougeâtres.

(Professeur Nélaton, *Gaz. hebdomadaire*, 1856, p. 115.)

N° 336. — Portion inférieure du fémur droit et supérieure des deux os de la jambe; anévrysme de l'artère poplitée; même individu que la pièce précédente, n° 335.

Cette pièce appartient au même individu que la précédente. La tumeur anévrysmale, beaucoup moins volumineuse que celle du côté gauche, est ovoïde : elle était d'une dureté qui indiquait l'existence de caillots assez denses. La poche avait 6 centimètres de hauteur sur 4 de largeur et 4 d'épaisseur ; elle siége immédiatement au-dessus de l'interligne articulaire, contenue dans une espèce de coque membraneuse, formée par les fibres musculaire et tendineuse du muscle jumeau interne. La veine poplitée est rejetée un peu en dehors et en arrière de la tumeur anévrysmale.

Les parois de l'anévrysme sont minces et friables, la cavité est remplie de caillots fibrineux, concentriques, stratifiés, au centre desquels existaient quelques caillots mous.

(Professeur Nélaton, *Gaz. hebdomadaire*, 1856, p. 145.)

Article 12.

ANÉVRYSMES ARTÉRIOSO-VEINEUX.

Cet article ne comprend que sept pièces, du n° 337 au n° 343 inclusivement, encore les deux dernières pièces, n° 342 et 343, n'appartiennent point à cet ordre de lésions.

La pièce n° 337 est un exemple d'anévrysme artérioso-veineux de l'artère auriculaire postérieure; celles n°s 338 et 339 sont un exemple rare d'anévrysme de la carotide interne avec le sinus caverneux; ces deux pièces ne sont malheureusement que des reproductions expérimentales, la pièce primitive ayant été perdue.

Les pièces n° 340 et 341 sont des exemples d'anévrysmes artérioso-veineux de l'artère brachiale avec la veine; celle n° 341 est remarquable par l'énorme dilatation de l'artère.

N° 337. — Moitié latérale droite de la tête; anévrysme artérioso-veineux de l'artère auriculaire postérieure.

Cette pièce provient d'un homme qui avait reçu un coup de bâton à la partie postérieure de la tête. A la suite de cette contusion, il s'est produit un anévrysme artérioso-veineux entre l'artère auriculaire postérieure et une veine correspondante qui lui était accolée.

Les renseignements manquent sur cette pièce qui est un peu altérée, mais la communication de l'artère auriculaire avec la veine est directe, et on constate sur cette injection, que les veines de la partie postérieure du crâne ont subi une dilatation considérable, qu'elles sont devenues sinueuses, variqueuses. Ces dilatations veineuses s'étendaient très-loin.

(Professeur Laugier.)

N° 338. — Base du crâne; anévrysme artérioso-veineux traumatique entre la carotide interne et le sinus caverneux.

La pièce originale a été malheureusement perdue, mais M. Ne-

laton a pu, sur le cadavre, reproduire exactement sur deux pièces, nos 338 et 339, la disposition anatomique qui existait sur le jeune malade. Comme description des deux pièces expérimentales et vu l'importance de ce fait, je crois devoir reproduire l'observation de M. Nélaton.

Cette lésion a été produite sur un jeune étudiant en droit, âgé de 21 ans. Il fut blessé le 3 janvier 1855 à la paupière supérieure gauche, par l'extrémité d'un parapluie violemment pressé d'avant en arrière et de dehors en dedans. Sur la pièce expérimentale n° 338, on voit en place un bout de bois qui représente l'extrémité du parapluie.

La plaie de la paupière gauche s'est guérie en quelques jours, mais l'œil droit est resté saillant, la paupière correspondante abaissée et le malade voyait les objets doubles. MM. Vauquelin, Sichel, Desmarres, successivement consultés, diagnostiquèrent une paralysie du moteur oculaire commun droit, avec blépharoptose et mydriase, qu'ils traitent sans aucun succès.

Le 3 mars, M. H. vient à la consultation de M. Nélaton qui constate la paralysie du nerf de la troisième paire et diagnostique de plus un anévrysme soit de l'artère ophtalmique, soit plus probablement de la carotide interne.

Les symptômes étaient les suivants : œil gauche sain ; légère cicatrice de la paupière inférieure. Du côté droit, exorbitisme marqué, blépharoptose, œil regardant en dehors et ne pouvant être ramené en dedans ; mydriase prononcée, vue nette mais avec diplopie ; l'œil droit est devenu presbyte, et il offre des battements isochrones à la diastole radiale.

L'auscultation faisait entendre un bruit de souffle fort, isochrone aux battements et offrant un léger prolongement. Le souffle, les battements, cessaient immédiatement par la compression de la carotide droite, et reparaissaient dès qu'on la suspendait. La compression de la carotide gauche était sans effet appréciable. M. Nélaton essaya la compression de la carotide, mais plusieurs appareils sont sans effet.

Dans le courant de mai il se déclara plusieurs épistaxis très-abondantes, et le 28, survint dans les 24 heures, trois épistaxis de chacun trois quarts de verre. Le 2 avril, nouvelle épistaxis qui dura 45 minutes et par suite de laquelle le malade perdit deux grands verres de sang.

Le 10 avril, lendemain de l'entrée de M. H. à l'hôpital, M. Nélaton applique un nouvel appareil à compression de la carotide, qui n'exerce qu'une très-faible pression, et a pour objet de diminuer la quantité de sang qui passe dans la carotide. Au bout de trois heures, vers midi, on enlève l'appareil : le malade est très-bien, se lève et mange ; à quatre heures moins un quart, une épistaxis très-abondante se manifeste, plus d'un litre de sang s'écoule en

quelques minutes. Cette hémorrhagie est arrêtée par la compression : un caillot oblitère la narine droite.

Le 11, à 7 heures du matin, le malade, réveillé et causant tranquillement avec son voisin, est pris d'une nouvelle épistaxis, arrêtée au bout de quelques minutes ; mais des caillots de sang sont rejetés par le vomissement. Pendant un effort de vomissement, arrêt subit de la respiration et mort.

Autopsie. — A la partie postéro-interne de l'orbite gauche, existe la cicatrice d'une ancienne fracture ; à l'intérieur du crâne, un point d'encephalite avec ramollissement du cerveau, et adhérence des méninges au niveau de la partie externe du sinus caverneux droit. Le sinus sphénoïdal est ouvert par sa partie supérieure, l'on constate que sa paroi latérale droite manque complétement, ce qui ouvre une large communication entre lui et le sinus caverneux droit. Dans la paroi externe et fibreuse de ce dernier sinus, existe une esquille aplatie, large de près de 1 centimètre et qui semble être la paroi du sinus sphénoïdal repoussée en dehors.

Le nerf moteur oculaire commun est en rapport avec le bord supérieur de l'esquille, et à ce niveau il est rouge, mou et beaucoup moins volumineux que celui du côté gauche. L'artère carotide interne est coupée dans l'intérieur du sinus, et ses deux bouts, distants de plusieurs millimètres. La veine ophtalmique du côté droit est très-volumineuse, l'artère est normale.

En résumé donc il y a eu : 1° lésion du nerf moteur oculaire commun; 2° section de la carotide interne communiquant largement avec le sinus caverneux; 3° développement considérable de la veine ophtalmique. Le sang dans les hémorrhagies découlait du sinus caverneux dans le sinus sphénoïdal, et de celui-ci dans les fosses nasales.

M. Nélaton avait pensé avant la mort du sujet, que le bout du parapluie, pénétrant obliquement de gauche à droite et d'avant en arrière, avait traversé l'orbite gauche, le sinus sphénoïdal et atteint la carotide et le nerf moteur oculaire commun. L'autopsie a démontré la réalité du diagnostic, et une expérience faite sur le cadavre a déterminé, comme sur la pièce naturelle, le détachement d'une esquille osseuse qui a déchiré la carotide.

(Professeur Nélaton, *Soc. anat.*, 1855, p. 178.)

N° 339. — Seconde reproduction expérimentale de l'anévrysme artérioso-veineux entre la carotide et le sinus caverneux.

Cette seconde pièce est destinée à montrer la dilatation de la veine ophtalmique.

(Professeur Nélaton. 1855.)

N° 240. — Portion inférieure de l'artère et de la veine brachiale ; anévrysme artérioso-veineux.

La saignée qui a produit cet anévrysme artérioso-veineux, a été pratiquée six ans avant la mort du malade qui a succombé à une phthisie pulmonaire. La tumeur, est-il dit dans les quelques notes qui m'ont été remises sur cette pièce, a présenté pendant plusieurs années tous les signes de l'anévrysme variqueux, et la plupart de ces signes avaient disparu quelque temps avant que le malade ne mourût.

Il existe entre la veine et l'artère brachiale une poche arrondie, ampullaire, du volume d'une petite noisette, qui communique par chacun de ses côtés avec un des vaisseaux correspondants.

Cette poche à parois assez épaisses, contient à son intérieur quelques caillots; un de ces caillots faisait office de soupape dans l'ouverture de communication, de manière à empêcher le sang de pénétrer de l'artère dans la veine; ce caillot a été détruit pendant l'autopsie. Avant sa rupture l'air insufflé par l'artère ne pénétrait pas dans la veine, et réciproquement par l'insufflation de la veine l'air ne pénétrait point dans l'artère. C'est probablement à la présence de ce caillot qu'était due la disparition des signes de l'anévrysme artérioso-veineux.

(Professeur Laugier.)

N° 241. — Membre supérieur droit ; anévrysme artérioso-veineux du pli du coude, énorme dilatation consécutive des artères humérale, axillaire et sous-clavière,

Cette pièce, qui est des plus intéressantes, provient d'un homme de 63 ans, qui, seize ans auparavant, avait eu l'artère humérale droite blessée dans une saignée malheureuse. Pendant de longues années, il ne se manifesta point d'accidents sérieux, mais pendant les dernières années, qui précédèrent l'opération, la tumeur anévrysmale fit de grands progrès. En même temps, l'artère et les veines superficielles du membre se dilatèrent à un degré extraordinaire. Un nouvel anévrysme tout à fait distinct de l'anévrysme artérioso-veineux du pli du coude, se développa sur l'artère humérale, à la partie moyenne du bras.

La tumeur anévrysmale acquit un volume considérable; le souffle s'étendait depuis le bout des doigts jusqu'à l'épaule, et le *thrill* était perçu dans la moitié de cette étendue. Les veines superficielles de l'avant-bras et du bras, étaient animées de battements assez forts. Aucune compression, si énergique qu'elle fût, au bras ou à l'aisselle, soit avec un ou plusieurs doigts, soit même avec les deux mains, ne pouvait arrêter ni même diminuer

d'une manière notable les battements de la tumeur. L'artère axillaire et l'artère humérale étaient tellement dilatées qu'elles échappaient par là à la compression. La dilatation du système artériel remontait jusqu'au niveau du tronc brachio-céphalique, car l'artère carotide primitive droite était beaucoup plus volumineuse que la gauche. Des accidents graves d'hémorrhagies étaient imminents; l'amputation du bras devint indispensable.

On constate sur ce bras que la tumeur anévrysmale du pli du coude se compose de deux poches distinctes: l'une sous-cutanée, très-volumineuse, l'autre, sous-aponévrotique, beaucoup plus petite.

La tumeur sous-aponévrotique appartient à la variété qu'on désigne sous le nom d'*anévrysme variqueux intermédiaire*. Elle communique par deux ouvertures étroites : d'une part, avec l'artère humérale; d'une autre part, avec la veine médiane basilique. Elle est constituée par la dilatation d'un trajet accidentel qui s'étend de la paroi superficielle de l'artère à la paroi profonde de la veine. Cette tumeur est globuleuse: son diamètre transversal est de 20 millimètres; sa longueur mesurée par la distance qui sépare l'ouverture artérielle de l'ouverture veineuse, est de 25 millimètres.

La tumeur superficielle ou sous-cutanée, est beaucoup plus volumineuse. Elle a 9 centimètres dans sa plus grande longueur sur 53 millimètres de large. Elle est située sur le trajet de la veine médiane basilique, vis-à-vis l'ouverture de la tumeur sous-aponévrotique, et se continue exclusivement avec la paroi superficielle de cette veine. Elle a la forme d'un sac elliptique, et communique très-largement avec la veine qu'elle recouvre ; toutefois la communication n'a lieu que sur une étendue de 5 centimètres, et la démarcation entre la tumeur sanguine et le vaisseau est parfaitement nette, comme cela s'observe dans les anévrysmes sacciformes. Il est permis de croire, par conséquent, que cette poche sous-cutanée s'est faite aux dépens de la cicatrice de la paroi superficielle de la veine, comme dans la variété décrite par Auguste Bérard. Il est difficile d'admettre qu'il en soit autrement; car, lorsque l'anévrysme artério-veineux est dû à la dilatation pure et simple de la veine, il n'est pas sacciforme, mais fusiforme, et se termine insensiblement en haut et en bas, en se continuant à ses deux extrémités avec la cavité du vaisseau.

Il s'agit donc ici d'une variété d'anévrysme constituée par la réunion des deux variétés connues sous les noms d'*anévrysme artérioso-veineux intermédiaire* et d'anévrysme d'Auguste Bérard. Au moment de la saignée, la lancette a traversé la veine médiane basilique d'outre en outre et pénétré dans l'artère. Elle a donc fait trois ouvertures, deux sur la veine, une sur l'artère. L'anévrysme intermédiaire s'est formé entre l'ouverture artérielle et l'ouverture profonde de la veine. En même temps, l'ouverture

superficielle de la veine est devenue le point de départ de l'anévrysme sous-cutané,

Les veines superficielles de l'avant-bras et du bras sont très-dilatées, surtout au voisinage du coude, et leurs parois sont épaissies en proportion. Mais le volume de ces vaisseaux est bien moindre sur la pièce qu'il ne l'était sur le vivant. Leurs parois se sont considérablement rétractées. Ainsi la veine céphalique, examinée au tiers inférieur du bras, offrait avant l'opération le volume du doigt; on ne pouvait s'y méprendre, car cette veine, située sous la peau et animée de battements assez forts, était très-facile à observer. Sur la pièce anatomique, elle n'a plus au niveau de l'amputation, que 9 millimètres de diamètre; elle est donc réduite au moins d'un tiers.

Malgré ce retrait général des veines qui, n'étant plus soumises à la pression du sang artériel, sont aussitôt revenues sur elles-mêmes, la veine médiane basilique présente encore, immédiatement au-dessus de la tumeur, 18 millimètres de diamètre et 21 millimètres au-dessous; les veines radiales, la céphalique, la médiane commune, sont très-volumineuses également. La veine radiale principale a encore 13 millimètres de diamètre, à l'union du tiers supérieur de l'avant-bras avec le tiers moyen. Au-dessous de ce point, le calibre des veines superficielles de l'avant-bras diminue graduellement; au niveau du poignet, il est à peine supérieur au volume ordinaire, et sur le dos de la main il est tout à fait normal.

L'artère humérale, dans une étendue de plus de 12 centimètres, est parfaitement cylindrique; son calibre est uniforme. Le volume énorme de ce vaisseau est donc la conséquence d'une dilatation générale, et non d'une dilatation anévrysmatique.

La paroi de cette artère humérale est extrêmement mince; elle a à peine un demi-millimètre d'épaisseur; elle est demi-transparente, flasque, et s'affaisse comme une paroi veineuse, mais elle est néanmoins assez résistante. Lorsqu'on aplatit complétement le vaisseau, on trouve qu'il a 40 millimètres de large, ce qui donne une circonférence de 80 millimètres. Mais il est clair que cette mensuration ne donne pas une idée suffisante du calibre réel que présentait l'artère, lorsqu'elle était distendue par le sang. Pour déterminer exactement ce calibre, M. Broca a introduit de haut en bas, dans l'ouverture transversale produite par l'amputation, un cône en bois qu'il a enfoncé jusqu'à ce que l'ouverture fût distendue. Puis il a mesuré avec un fil la circonférence de ce cône au niveau de la section. Il a ainsi reconnu que l'artère distendue a 86 millimètres de circonférence. Elle est donc beaucoup plus volumineuse que l'humérus qui, au même niveau, n'a que 68 millimètres de circonférence. Au-dessous de la com-

munication artérioso-veineuse, l'artère se rétrécit brusquement et reprend son calibre normal.

(Professeur Broca, *Soc. de chir.*, 2e série, t, IV, p. 392, 1863.)

N° 342. — Modèle en cire d'une tumeur, probablement cancéreuse, qui entoure l'aorte dans toute son étendue.

Sur cette pièce, on a représenté l'artère aorte enveloppée de toute part et dans toute son étendue, par une tumeur qui a été considérée comme étant de nature cancéreuse.

(M. Lafargue, *Bull. de Fac.*, t. I, an XIII, p. 115 et 144.)

N° 343. — Portion inférieure de l'artère aorte avec les iliaques primitives ; atrophie de la droite, dans un cas d'atrophie musculaire graisseuse.

Cette pièce provient d'une femme de 66 ans, qui est morte avec une atrophie musculaire graisseuse du membre inférieur droit, datant de l'enfance.

L'aorte est parsemée de plaques scléro-athéromateuses. Les branches de sa bifurcation terminale sont extrêmement inégales comme calibre. L'artère iliaque primitive droite, a 1 diamètre moindre de moitié que celui de l'artère homologue du côté gauche. Cette réduction du diamètre est tout aussi accusée, en ce qui concerne l'artère iliaque externe et l'hypogastrique, de même que l'artère fémorale et toutes les branches du côté droit. L'artère fémorale droite a tout au plus le calibre d'une artère humérale, tandis que l'artère fémorale gauche a le calibre ordinaire.

(Professeur M. Vulpian, *Arch. de phys.*, 1870, p. 316.)

CHAPITRE III.

Lésions des veines.

Un très-petit nombre de pièces constituent ce chapitre : vingt et une, du n° 344 au n° 365 inclusivement. Quatorze de ces pièces, du n° 344 au n° 357, sont relatives aux varices, et la plupart ont été préparées par M. le professeur Verneuil. Elles sont toutes relatives au membre inférieur, et le but de M. Verneuil a été de démontrer que, dans la plupart de ces pièces, la veine saphène n'avait subi que peu de dilatation ; que les varices débutaient presque toujours par les veines profondes avant que de devenir superficielles.

Deux pièces, n°s 359 et 360, sont des exemples de phlébite de la veine fémorale consécutive à la compression, pour les amputations du membre inférieur. Les pièces n°s 361, 362, 363 sont des exemples de phlébolithes ; la pièce n° 364 est une lésion de la veine fémorale par une balle ; celle n° 365, un exemple de tumeur probablement cancéreuse qui a envahi la veine cave supérieure.

N° 344. — Modèle d'après le procédé Thibert ; des varices du membre supérieur droit.

Ce membre supérieur est représenté vu par sa face antérieure. Les varices sont très-prononcées, surtout à la face palmaire où elles forment de nombreux renflements, qui sont surtout très-manifestes, dans le système cutané palmaire.

N° 345. — Modèle (d'après le procédé Thibert) des varices du membre supérieur droit.

Ce membre supérieur, qui est le même que le précédent, est vu représenté par sa face dorsale. Les varices y sont également très-prononcées, surtout à la face dorsale de la main, où elles forment des renflements qui sont principalement accusés dans le système cutané.

N° 346. — Veines du membre inférieur injectées; varices.

Sur cette pièce, dont les veines sont injectées, on constate que les veines superficielles et profondes sont dilatées, à l'exception de la veine saphène qui est en grande partie rectiligne, et n'augmente de volume qu'en raison des branches collatérales qu'elle reçoit. Il existe une très-large communication entre les deux ordres de vaisseaux, par les veines jumelles qui sont très-dilatées, et, à la partie inférieure, par les veines tibiales postérieures.

(Professeur M. Verneuil.)

N° 347. — Injection des veines superficielles de la jambe et de la cuisse; varices.

La veine saphène interne est tout à fait étrangère aux dilatations variqueuses, elle est même peu volumineuse. On constate sur cette pièce, qu'il existe deux groupes de vaisseaux variqueux serpentins : l'un, crural, communique en deux endroits avec la veine saphène interne; l'autre, fémoro-crural, va se jeter en haut directement dans la veine fémorale.

(Professeur M. Verneuil.)

N° 348. — Injection des veines du membre inférieur; varices.

La veine saphène interne est peu développée, mais les veines de la jambe sont très-dilatées, serpentines et variqueuses jusque dans la peau.

(Professeur M. Verneuil.)

N° 349. Injection des veines du membre inférieur, même individu que la pièce précédente ; varices.

La veine saphène interne est peu développée jusqu'à ce qu'elle ait reçu les dilatations variqueuses de la jambe. A la partie moyenne de la cuisse, il existe d'énormes flexuosités qui constituent des tumeurs.

(Professeur M. Verneuil.)

N° 350. — Injection des veines du membre inférieur ; varices.

La veine saphène interne est peu développée jusqu'au tiers moyen de la cuisse. Les veines superficielles sont très développées. Il existe de très-larges et de très-nombreuses communications avec les veines profondes, musculaires, tibiales, postérieures et péronières. Ces veines sont aussi variqueuses.

(Professeur M. Verneuil.)

N° 351. — Membre inférieur gauche ; varices.

Sur cette pièce, dont les veines sont injectées, on constate de légères dilatations variqueuses dans les veines superficielles, vers la région du genou, tandis qu'il existe une dilatation variqueuse très-prononcée des veines musculaires de la jambe et de la cuisse.

(Prof. Verneuil.)

N° 352. — Membre inférieur droit ; varices.

Cette pièce provient d'un homme qui avait une oblitération de la veine cave inférieure. Une double injection a été pratiquée sur les veines : les saphènes sont injectées en vert et la veine fémorale en bleu.

On constate que le tronc de la veine saphène interne est à peine augmenté de volume à la cuisse; à la jambe, il est bien légèrement flexueux, mais ce sont principalement les veines collatérales qui viennent s'aboucher dans son tronc, qui sont dilatées.

La dilatation est surtout très-prononcée dans les veines musculaires de la jambe et de la cuisse, qui se rendent dans la veine

fémorale qui est notablement augmentée de volume, mais sans être très-flexueuse.
(Prof. Verneuil. 1864.)

N° 353. — Injection des veines du membre inférieur; varices.

Les diverses veines de ce membre, afin de les faire bien distinguer, ont été colorées différemment : les veines superficielles sont colorées en bleu foncé, les veines musculaires des jumeaux du soléaire en vert, les veines tibiales postérieures et péronières en bleu clair.
On peut constater que les varices des veines superficielles sont presque nulles, tandis que la dilatation des veines des muscles jumeaux et soléaires sont assez prononcées.
(Prof. Verneuil. 1861.)

N° 354. — Injection des veines du membre inférieur; varices.

Sur cette pièce, on constate que la veine saphène interne est peu développée, tandis que les veines collatérales sont très-dilatées, très-flexueuses et, par conséquent, variqueuses.
(Prof. Verneuil. 1864.)

N° 355. — Injection des veines du membre inférieur; varices.

Sur cette pièce, on voit le début des varices, et l'on constate que la veine saphène interne est plutôt diminuée de volume qu'augmentée. Les veines collatérales variqueuses ont déjà subi une dilatation notable avec élongation : elles sont flexueuses.
(Prof. Verneuil. 1861.)

N° 356. — Tibia et péroné gauche; varices profondes.

Sur cette pièce, on a coloré en bleu les veines profondes, et en rouge les veines superficielles. On peut constater que les veines tibiales postérieures et péronières sont seules dilatées, et déjà notablement. Les veines superficielles n'ont point subi de dilatation variqueuses.
(Prof. Verneuil. 1861.)

N° 357. — Injection des veines du membre inférieur ; varices.

La peau a été conservée, et l'on constate sur cette pièce, que les veines, à la surface interne de la peau, sont très-dilatées et même jusque dans son épaisseur. La veine saphène interne est presque normale comme volume. Il existe de nombreuses dilatations variqueuses des veines superficielles de la jambe et de la cuisse. Les veines ont un volume notable et une disposition serpentine des plus accusées.

(Prof. Verneuil, 1861.)

N° 358. — Manque.

N° 359. — Artère et veine fémorale ; phlébite de la veine fémorale après une amputation.

Cette pièce provient d'un homme qui fut amputé de la cuisse pour une fracture de jambe, compliquée de plaie et de nombreuses hémorrhagies. L'amputé succomba à tous les signes de la pyoémie, vingt-quatre jours après l'amputation.

Le tissu cellulaire de la gaîne des vaisseaux, au niveau du point où avait été faite la compression, était atteint de périphlébite, et il était tellement condensé qu'il a fallu pour ainsi dire le sculpter. La veine fémorale, à ce niveau, formait un cordon plein, à peine dilaté. Cet état a été attribué, par M. Verneuil, à la compression qui, dans ce cas particulier, a dû être prolongée à cause des hémorrhagies.

On peut, sur cette veine, distinguer trois segments : le supérieur, qui a environ 11 centimètres de long, reposait par son milieu sur l'arcade du pubis ; le segment moyen a 4 centimètres environ ; le segment inférieur confinait à la plaie. Le segment supérieur contenait une bouillie purulente, limitée en bas par un caillot plus récent, d'un rouge foncé, évidemment dû à une coagulation postérieure. Plus bas on trouve un caillot noirâtre très-dense, analogue à ceux que l'on rencontre dans le voisinage des plaies par amputation.

(Prof. Verneuil, *Soc. anat.*, 1870, 2me série, t. XV, p. 312.)

N° 360. — Artère et veine fémorale ; phlébite de la veine fémorale après une amputation.

Cette pièce provient d'un homme sur lequel on a pratiqué

l'amputation de la cuisse pour une ostéo-artrithe chronique du genou. Le malade succomba à une infection purulente, onze jours après l'opération.

Dans la veine fémorale on trouve, à peu de chose près, les mêmes dispositions que sur la pièce précédente. On y distingue trois zones de caillots : la zone supérieure, peu adhérente à la paroi, avait subi un commencement de métamorphose puriforme; la zone intermédiaire est constituée par une trombose véritable, et la zone inférieure par le caillot de la plaie. M. Verneuil attribua ces lésions à la compression qui a été exercée sur la veine, pour pratiquer l'amputation.

(Prof. Verneuil, *Soc. anat.*, 1870, 2me série, t. XV, p. 314.)

N° 361. — Veines du ligament large ; phlébolithe.

Cette pièce provient d'une femme de 62 ans. Il existe plusieurs phlébolithes dans les veines du ligament large : deux d'entre eux ont le volume d'un gros pois, les autres sont moins volumineux; tous sont arrondis et isolés les uns des autres.

(Prof. J. Cloquet, 1814.)

N° 362. — Phlébolithe des veines de la prostate.

Cette concrétion qui est très-volumineuse égale environ un œuf de pigeon, elle est indiquée comme ayant été trouvée dans les veines de la prostate.

(Prof. Thillaye.)

N° 363. — Phlébolithe.

Cette concrétion qui a le volume d'un gros pois, est lisse, arrondie ; elle est indiquée comme ayant été trouvée dans les veines du bassin, chez une femme de 60 ans.

N° 364.— Veine fémorale; plaie par une balle.

On constate, sur cette pièce, que la veine fémorale présente une plaie latérale qui était située au niveau de la partie moyenne de la cuisse : elle a été produite par une balle. Il en est résulté une thrombose étendue au-dessus et au-dessous de la blessure. Le même blessé avait une plaie par arme à feu du gros orteil du même côté. Il est mort de pyoémie.

(Prof. Verneuil.)

N° 865. — Modèle en cire d'un cœur, avec l'origine des gros vaisseaux et des poumons ; tumeur polypiforme de la veine cave supérieure.

On constate dans la veine cave supérieure, qui est dilatée, une masse volumineuse qui présente, à sa partie moyenne, un gros renflement considérable. Cette masse, dont il est impossible aujourd'hui de déterminer la nature, se prolonge jusque dans la veine sous-clavière gauche. La tumeur a 3 centimètres 1/2 de diamètre dans sa partie moyenne. A la région thyroïdienne existe une autre tumeur avec laquelle semble se continuer la tumeur intra-veineuse, ce qui fait que l'on peut se demander, s'il ne s'agit point ici d'un cancer qui aurait défoncé la paroi veineuse.

(Prof. Dupuytren, *Bul. de la Fac.*, 1807, p. 32.)

CHAPITRE IV.

Lésions des vaisseaux lymphatiques.

Treize pièces seulement sont relatives à ce chapitre, du n° 366 au n° 378 inclusivement. Une pièce, n° 366, se rapporte à la compression du canal thoracique, celle n° 367 à une hypertrophie ganglionnaire simple, le n° 368 est un exemple de bubon pestilentiel. Les pièces n°s 369 et 370, sont des exemples d'altération graisseuse des ganglions.

La pièce n° 371 est un exemple d'injection du canal thoracique par du suc cancéreux, le n° 372 est un cancer ganglionnaire chez le cheval. Le n° 373 un exemple de cancer mélanique des ganglions. Les pièces n°s 375, 376, 377 et 378, sont des dilatations variqueuses des ganglions et des vaisseaux lymphatiques.

N° 366. — Reins avec une portion de l'aorte et de la veine cave inférieure ; compression de l'aorte de la veine cave inférieure et du canal thoracique par une tumeur ganglionnaire.

La femme sur laquelle a été prise cette pièce était âgée de 35 ans ; elle est morte à l'hôpital des Cliniques après un séjour d'environ cinq mois. Au moment de son entrée à l'hôpital, elle avait les apparences de la plus belle santé : fortement constituée, d'un tempérament sanguin, elle attirait l'attention par sa fraîcheur. Elle était venue à l'hôpital pour une tuméfaction très-douloureuse qu'elle éprouvait dans l'aisselle droite. M. Nélaton reconnut dans cette région l'existence d'un ganglion lymphatique

engorgé, au sein duquel il présuma qu'il se faisait une collection purulente. L'intensité des douleurs était telle que, malgré que la fluctuation ne fût point évidente, le chirurgien n'hésita point à plonger un bistouri dans la tumeur, et il trouva, en effet, au centre de l'engorgement, une petite collection purulente qui fut évacuée : la malade se trouva d'abord bien soulagée. Les douleurs se manifestèrent de nouveau, avec une nouvelle intensité. Un traitement énergique fut employé avec succès : il consista en : caustique solide, pâte de canquoin, qui fut introduite dans le centre de la masse ganglionnaire.

Au bout de trois mois environ de séjour à l'hôpital, sans cause appréciable, au milieu de la santé la plus parfaite et d'une nutrition suffisante, la malade mangeait d'un bon appétit, il se manifesta quelques symptômes de phthisie et surtout un dépérissement très-considérable, qui amena rapidement la mort.

A l'autopsie, on trouva bien, dans les sommets des deux poumons, des tubercules nombreux, à différentes périodes d'évolution, mais leur nombre et leur état ne pouvaient expliquer les symptômes rapides d'amaigrissement observés, ce qui engagea à prolonger l'examen cadavérique. On constata alors, dans la cavité abdominale, comme cela s'observe sur la pièce, une hypertrophie très-considérable des ganglions mésentériques et, en particulier, de ceux qui entourent l'aorte, la veine cave et le canal thoracique au niveau du réservoir de Pecquet. Ces ganglions comprimaient ces vaisseaux et, en particulier, le canal thoracique contre les corps vertébraux, ils devaient diminuer notablement si même ils n'interceptaient point le canal. M. Nélaton a pensé que, malgré l'alimentation plus que suffisante que prenait la malade, le dépérissement devait être en grande partie attribué à l'obstacle au cours du chyle.

(Professeur Nélaton, 1866.)

N° 367. — Ganglion lymphatique sous-maxillaire ; hypertrophie.

Cette pièce provient d'une jeune femme de 30 ans qui, portait depuis dix ans ce ganglion très-hypertrophié, et qui était situé sous la mâchoire inférieure. La tumeur est oblongue, du volume d'un petit œuf de poule ; l'examen microscopique a montré qu'elle était formée par une hypertrophie des éléments normaux des ganglions lymphatiques.

(Professeur Verneuil, 1869.)

N° 368. — Ganglions lymphatiques ; bubons pestilentiels.

On constate, sur cette pièce, l'existence d'un certain nombre de

ganglions lymphatiques du pli de l'aine, des aisselles et de l'abdomen, dont quelques-uns sont volumineux, égalent un œuf de poule. Ces ganglions ont été pris sur des cadavres de pestiférés en Egypte, pendant les années 1834 et 1835.
(Clot. Bey, 1835.)

N° 369. Ganglions lymphatiques ; altérations graisseuses.

On a réuni, dans un même bocal, un certain nombre de ganglions lymphatiques appartenant tous au même individu, et qui ont subi une altération graisseuse assez prononcée.
(Professeur Verneuil.)

N° 370. — Portion de mésentère ; altération cireuse des ganglions.

Cette pièce provient d'un homme de 43 ans qui, dans son enfance, avait présenté des symptômes évidents de constitution scrofuleuse. Depuis cette époque, les ganglions lymphatiques de toutes les régions du corps s'étaient hypertrophiés ; quelques-uns ont même suppuré. Ils présentaient tous le même aspect.

On constate sur les ganglions du mésentère, qu'ils sont notablement augmentés de volume : la plupart ont le volume d'une noix ou d'une noisette. A la coupe, ils ont un aspect homogène, leur tissu est compacte, ils sont uniformément jaunâtres avec une légère nuance rosée, lisse et peu brillants.

A l'examen microscopique, qui a été fait par M. Robin, le tissu des ganglions prenait une demi-transparence qui, sous certaines incidences de la lumière, au lieu de la teinte gris jaunâtre indiquée, prenait l'aspect de la gélatine non desséchée. Les coupes minces de tissu étaient d'une transparence remarquable. Ces ganglions présentaient une trame de fibres de tissu cellulaire très-lâche ; çà et là se voyaient des épithéliums nucléaires, sphériques des ganglions lymphatiques, tantôt isolés et épars, tantôt réunis en amas plus volumineux. Ces divers éléments ne formaient pas le dixième de la masse du produit morbide. Le reste du tissu était constitué par des corpuscules spéciaux, qui remplissaient les intervalles laissés par les fibres précédentes. Ces corpuscules avaient, par leur multiplication considérable, écarté et déterminé l'atrophie des éléments normaux ganglionnaires.

Les corpuscules, dont il s'agit, se présentaient sous la forme de masses polyédriques, quelquefois ovoïdes. Ces masses ou concrétions, avaient 1 diamètre variant de 1 à 0,08 centièmes de millimètres. Ils étaient remarquables par leur transparence, leur teinte incolore ou légèrement bleuâtre. Leur pouvoir réfringeant

était assez fort. Ces corps étaient insolubles dans l'eau, l'alcool et l'éther; l'acide acétique et la potasse, surtout cette dernière, les rendaient transparents et les gonflaient beaucoup.

(Professeur Guyon, *Soc. de Biol*, 2me série, 1856, t. III, p. 1.)

N° 371. — Colonne vertébrale avec l'aorte ; injection du canal thoracique par du suc cancéreux.

Cette pièce provient d'une femme morte à l'hospice de la Salpétrière, des suites d'un cancer ulcéré de l'utérus, avec destruction à peu près complète de l'organe et de ses dépendances. Les origines du canal thoracique, principalement celles qui suivent les veines ovariques et le canal lui-même, sont injectés par du suc cancéreux.

(M. Hourmann.)

N° 372. — Portion de mésentère de cheval ; cancer des ganglions.

Les ganglions lymphatiques, très-hypertrophiés, très-volumineux, sont complétement cancéreux;

(M. Pigné.)

N° 373. — Ganglions de l'aisselle et du coude ; sarcome mélanique.

Cette pièce provient d'un homme de 35 ans, forgeron. Cette tumeur, qui avait débuté environ huit ans avant son extirpation, resta longtemps stationnaire, puis vers la fin elle augmenta rapidement : elle présente environ le volume du poing. La tumeur inférieure qui siégeait dans le ganglion situé au-dessus de l'épitrochlée, beaucoup plus petite, du volume d'une châtaigne, ne datait au dire du malade que de quatre ans.

M. Robin, qui a examiné ces tumeurs, a reconnu qu'elles contenaient un suc aqueux avec des cellules ganglionnaires, un certain nombre d'éléments fibreux et fusiformes avec une grande quantité de granulations pigmentaires libres. La lésion a récidivé sur place, dans un espace de deux ans, et, le malade étant mort à la suite d'une seconde opération, on a trouvé une généralisation de la tumeur dans plusieurs organes.

Une expérience assez curieuse a été faite avec cette tumeur : une petite quantité de la matière noire a été injectée par M. Goujon sous la peau d'un chien; douze jours après, l'animal étant mort, on constata au niveau de l'insertion de la matière

noire, une tumeur mélanique, et tous les ganglions lymphatiques de l'animal furent trouvés hypertrophiés, dégénérés. Le fait de la généralisation chez ce chien est donc hors de doute.

(M. Houel, *Soc. anat.*, 1867, 2e série, t. XII, p. 433 et *Soc. de biologie*, 1867.)

N° 374. — Tumeur erectile probable du bassin.

Cette tumeur sur laquelle on ne possède que peu de renseignements, a acquis un volume considérable : elle est plus grosse qu'une tête d'adulte. Cette tumeur s'est lentement développée dans le bassin d'une femme de 45 ans ; elle a peu à peu détruit et complétement perforé même les os iliaques et le sacrum. Breschet l'a considérée comme formée par un lassis des vaisseaux artériels et veineux ; son examen anatomique est aujourd'hui impossible.

(Professeur Breschet.)

N° 375. Dilatation variqueuse des ganglions lymphatiques de l'aine injectés au mercure.

Le malade sur lequel a été pris cette pièce portait à la partie supérieure gauche de l'aine une tumeur qui était douloureuse à la pression qui était difficilement supportée ; cette manœuvre faisait sensiblement diminuer la masse morbide de volume.

Les douleurs et la gêne qu'éprouvait le malade, décidèrent M. Nélaton à proposer l'ablation de cette tumeur, persuadé qu'il était que les suites de cette opération ne pouvaient qu'être bénignes. L'opération fut commencée par une incision de la peau qui recouvrait la masse morbide ; mais aussitôt il s'écoula par cette plaie un liquide en tout semblable à du lait. La quantité qui s'échappa ainsi fut considérable ; on put en recueillir un demi-verre environ : la couleur en était légèrement teinte en rose par le sang.

La tumeur qui était assez volumineuse fut enlevée entière. du sang s'écoula en abondance : plusieurs ligatures furent faites, mais l'hémorrhagie continua encore ; on dut avoir recours à l'emploi du perchlorure de fer. Dans la journée une nouvelle hémorrhagie se manifesta : elle fut difficilement arrêtée. Le lendemain, M. Nélaton constata l'existence du début d'un phlegmon diffus de la paroi abdominale et de la cuisse, qui amena au bout de quatre jours la mort du malade.

Dans l'aine, du côté opposé, existait une petite tumeur en tout analogue à celle qui avait été enlevée, seulement elle était quatre à cinq fois moins volumineuse. Dans le but d'étudier la nature de cette tumeur, M. Nélaton l'enleva avec soin, et il prit

M. Sappey de la préparer: elle fut injectée au mercure. On peut constater qu'elle était formée, comme cela se voit sur la pièce, par deux ganglions lymphatiques dont les vaisseaux sont très-dilatés, variqueux, en même temps que le tissu propre du ganglion était hypertrophié.

(Professeur Nélaton, 1860.)

N° 376. Dessin de la pièce précédente, de dilatation variqueuse des ganglions lymphatiques.

(Professeur Nélaton, 1860.)

N° 377. — Tumeur formée par la dilatation des ganglions et des vaisseaux lymphatiques.

Cette pièce provient d'un jeune homme de 21 ans, qui est né et a toujours habité l'île Bourbon. Cette tumeur aurait débuté vers l'âge de 15 ans, en même temps qu'une hernie inguinale que portait ce jeune malade. Il existait de chaque côté, dans le triangle de Scarpa, une tumeur allongée, de haut en bas. Celle de droite, avait 12 centimètres de hauteur sur 7 de large, elle descendait plus bas que celle de gauche, qui avait 13 centimètres sur 8. Ce jeune homme portait en même temps à l'anus, une petite fistule peu importante: Elle fut opérée par M. Trélat, et c'est des suites de cette opération que succomba ce jeune malade : l'inflammation de la région anale s'était propagée aux tumeurs ganglionnaires de l'aine.

M. Trélat put obtenir de la famille d'enlever la tumeur de droite, qu'il a déposée dans le Musée. La dissection de cette tumeur montra qu'elle était située, en majeure partie, sous le fascia cribriformis, en avant des aponévroses du psoas et des adducteurs ; qu'elle laissait échapper, dès que le scalpel intéressait sa surface, un liquide opaque, épais et d'un rose jaunâtre ; qu'elle était constituée par des lobes rapprochés les uns des autres, ainsi qu'on peut le voir encore sur la pièce disséquée. Cette tumeur était exactement limitée en haut, en bas et sur les côtés ; mais en arrière, elle communiquait manifestement avec les vaisseaux lymphatiques profonds. Au moment où on la sépara en ce point, un liquide rose s'écoula assez abondamment. A sa surface, la tumeur présente un grand nombre de bosselures, d'un volume variable.

En ouvrant la cavité abdominale, on constata qu'il n'y avait aucune altération intestinale. Bien plus, malgré une recherche attentive, il fut impossible de retrouver la hernie inguinale, qui avait été positivement reconnue par les médecins de l'île Maurice, par M. Nélaton, par M. Trélat, par tous ceux qui avaient

vu le malade. *Cette hernie n'existait pas.* Tous avaient commis la même erreur, difficile à éviter. C'étaient des vaisseaux lymphatiques variqueux qui occupaient le canal inguinal et la partie supérieure du cordon. Cela explique pourquoi cette prétendue hernie était si difficile à maintenir réduite, pourquoi, malgré toutes les précautions, le bandage en laissait toujours filer une partie.

En décollant le péritoine de la paroi abdominale postérieure, on apercevait, le long des vaisseaux iliaques, une masse plus grosse que le pouce, formée de conduits pelotonnés, enroulés les uns avec les autres, se dirigeant généralement de bas en haut. La même disposition existait des deux côtés. Vers les piliers du diaphragme, ces deux masses se rapprochaient l'une de l'autre et confinaient par leurs bords. Elles remontaient plus haut et s'engageaient très-probablement sous le diaphragme ; mais on n'a pu, faute de temps, vérifier ce dernier point.

(*Voir, pour les détails, l'observation qui est très-complète.*)

(Professeur Trélat, *Soc. de chir.*, 2e série, t. V, p. 306 et 433, 1864.)

N° 378. — Peau de la paroi abdominale ; dérivation de la lymphe par les réseaux sous-épidermiques.

Cette pièce provient d'une malade qui avait un fibro-sarcome de l'ovaire, d'un énorme volume, il pesait 20 kilogrammes. Cette tumeur, reposant sur les cuisses, oblitérait les ganglions inguinaux qu'elle comprimait. Les vaisseaux lymphatiques qui s'y rendaient communiquaient alors par les réseaux avec les lymphatiques du péritoine.

On voit, sur cette pièce, des capillaires lymphatiques sous-épidermiques qui ont été injectés en vert : ils sont très-développés, quelques-uns ont le volume d'une plume de corbeau. Ils communiquent d'une part, avec les troncs lymphatiques sous-cutanés, dilatés, et avec les vaisseaux lymphatiques profonds du péritoine à travers l'ombilic.

(M. Derprès, *Gaz. des hôpitaux*, 1872, p. 1123.)

LÉSIONS

DE

L'APPAREIL DE LA DIGESTION

ET DES GLANDES ANNEXES

Les pièces qui constituent cet appareil sont très-nombreuses, et pour faciliter les recherches, j'établirai un certain nombre de chapitres qui seront basés sur les subdivisions admises dans l'anatomie descriptive.

CHAPITRE 1er. Lésions de la bouche et du pharynx.
2e. Lésions de l'œsophage ;
3e. Lésions de l'estomac ;
4e. Lésions de l'intestin ;
5e. Lésions du foie ;
6e. Lésions de la rate.

CHAPITRE PREMIER

Lésions de la bouche et du pharynx.

Les pièces relatives aux lésions de la bouche et du pharynx sont au nombre de 74, du n° 1 au n° 73. Sous ce titre sont comprises les lésions des lèvres, de la voûte palatine, des glandes salivaires et des dents. Toutes ces lésions peuvent se rapporter à trois groupes principaux; je les décrirai en trois articles distincts. Le premier article comprendra : les divisions de la lèvre supérieure, de la voûte palatine et du voile du palais. Le second article : les tumeurs diverses des lèvres, des amygdales, du voile du palais, de la parotide, de la glande sous-maxillaire et de la langue. Le troisième article comprendra les affections des dents, du rebord alvéolaire qui les supporte, ainsi que de quelques lésions du maxillaire inférieur.

Article premier.

DIVISIONS DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE, DE LA VOUTE PALATINE ET DU VOILE DU PALAIS.

Vingt-six pièces, du n° 1 au n° 25 inclusivement, se rapportent à cette lésion. Pour toutes ces pièces, le bec-de-lièvre n'est point simple; il s'étend plus ou moins loin à la voûte

palatine et au voile du palais ; il n'existe donc point dans le Musée de division simple de la lèvre supérieure, c'est une lacune à combler, ce qui sera facile, car les faits sont relativement fréquents.

La collection des pièces du Musée qui se rapportent au bec-de-lièvre compliqué, tant naturelles que pièces en cire, présente un exemple de presque toutes les variétés décrites dans les auteurs. Quelques-unes de ces pièces, reproduites en cire, montrent la lésion et le résultat de l'opération n^os^ 5, 6, 7, 8, 10 et 11. Aucune de ces bifidités qui sont congénitales ne portent sur la lèvre inférieure; quand la bifidité s'observe sur cette dernière, elle est toujours le résultat d'une lésion traumatique survenue après la naissance.

Le Musée renferme six pièces, n^os^ 1, 2, 3, 3 *a*. 4 et 5, de bec-de-lièvre unilatéral, compliqué de division du bord alvéolaire et de la voûte palatine; sur ces cinq pièces la division siége à gauche. Il existe douze pièces de bec-de-lièvre double avec division du bord alvéolaire et de la voûte palatine, n^os^ 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 et 20; sur les pièces n^os^ 16, 17 et 18 la division s'étend à tout le voile du palais.

La pièce n° 21 est un exemple de division congénitale limitée à la partie postérieure du voile du palais; les pièces n^os^ 22 et 24 présentent une division du voile du palais et de la partie postérieure de la voûte palatine, sans division de la lèvre ni du bord alvéolaire. La pièce n° 23 est une portion de tête d'adulte, sur laquelle on constate une division considérable de la voûte palatine avec conservation du bord alvéolaire et sans bec-de-lièvre cutané. Enfin la pièce n° 24 est un exemple de perforation de la voûte palatine, suite d'une affection vénérienne. La perforation qui est considérable avait été fermée pendant la vie comme cela se voit sur la pièce, par un bouchon en liége qui servait d'obturateur.

N° 1. — Modèle en cire d'une tête et d'un cou d'enfant ; bec-de-lièvre gauche, s'étendant à la voûte palatine.

Sur cette représentation en cire, on constate que la division de la lèvre est située à gauche, qu'elle s'étend au rebord alvéolaire et à la partie antérieure de la voûte palatine. En haut elle se prolonge jusque dans la narine.

N° 2. — Modèle en cire de la face d'un individu adulte ; absence de la moitié gauche de la lèvre supérieure.

Sur cette représentation en cire, sur laquelle je manque absolument de renseignements, on constate que la moitié gauche de la lèvre supérieure n'existe pas. Le maxillaire paraît moins développé qu'à droite, ce qui semble établir la congénialité de cette lésion. On constate qu'il existe deux larges ouvertures, l'une qui communique dans la fosse nasale gauche, l'autre dans le sinus maxillaire. Le bord alvéolaire supérieur, mal conformé, semble dépourvu de dents.

(Professeur Roux.)

N° 3. — Squelette de fœtus ; division latérale du rebord alvéolaire avec division de la voûte palatine.

Sur ce squelette de fœtus, on constate que le bord alvéolaire gauche et la voûte palatine, sont divisés dans toute leur étendue. L'écartement qui en résulte a la forme d'un V, dont la partie la plus évasée correspond au bord alvéolaire. Il existe une large communication entre la cavité buccale et la narine gauche. Le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde sont fortement déjetés à droite, et s'articulent avec la voûte palatine sur la limite de la division. A ce niveau, les deux os semblent s'avancer à la rencontre les uns des autres.

(Professeur Breschet.)

N° 3 *a*. — Portion de squelette de la tête ; bec-de-lièvre unilatéral, avec division de la voûte palatine.

Cette pièce a été recueillie sur un enfant à terme, qui présentait un bec-de-lièvre simple, situé du côté droit avec division de la voûte palatine et du voile du palais.

Sur ce squelette, on constate que le maxillaire supérieur droit est atrophié, en hauteur et en largeur ; il existe une division du rebord alvéolaire et de la voûte palatine. Le vomer est dévié à gauche, ce qui accentue encore l'écartement résultant de la perte de substance.

(Professeur Trélat, 1865.)

N° 4.— Squelette de la tête d'un adulte ; division du bord alvéolaire gauche et de la voûte palatine.

Squelette de tête d'un adulte qui est affecté de bec-de-lièvre latéral

gauche. La division osseuse occupe toute l'étendue de la voûte palatine. Les os de la face présentent de profondes modifications; les deux maxillaires supérieurs sont moins volumineux que pour une tête de cet âge, mais c'est principalement sur le maxillaire gauche que porte l'atrophie. La division occupe toute la longueur de la voûte palatine, et la fente a plus d'étendue en arrière, ce qui est l'inverse de ce qui existe chez les fœtus. L'écartement en arrière est de 2 centimètres et d'un seul en avant près du bord alvéolaire, ce qui tient à ce qu'au niveau de ce point, les deux os semblent s'être avancés à la rencontre l'un de l'autre.

Les deux portions horizontales des os maxillaires paraissent avoir concouru à produire cet écartement, car elles n'ont chacune qu'un diamètre transversal de 1 centimètre ; de plus, elles sont très-minces ; c'est à peine si elles ont 1 millimètre d'épaisseur. La portion palatine de l'os maxillaire supérieur gauche est libre, mais celle de droite adhère au vomer qui, au lieu d'être perpendiculaire, est très-obliquement dirigé d'abord dans sa partie postérieure de haut en bas et de gauche à droite. Dans sa partie antérieure, il s'articule avec la lame de l'ethmoïde; mais, dans ce point, il se dévie avec cette lame fortement à gauche, pour venir au contact avec le cornet inférieur. Il semble donc qu'il se soit tordu sur son pédicule, de façon que sa face droite regarde un peu en haut et en avant et le bord antérieur à gauche. Il résulte de cette disposition, qu'en avant, la communication de la bouche avec les fosses nasales se trouve limitée de ce côté, au bord supérieur du cornet inférieur, et sur la pièce fraîche, au niveau de ce point, l'occlusion devait être complète.

Les deux maxillaires n'ont pas subi le même développement en hauteur. Celui qui est situé sur le côté où siège la division, a une hauteur moindre. Le nez a subi une déviation en rapport avec celle de la lame perpendiculaire; il se trouve projeté à droite et un peu dévié sur son axe.

N° 3. — Modèle en cire de la face d'un enfant; bec-de-lièvre situé sur le côté gauche.

Sur cette représentation en cire de la face d'un enfant, on constate qu'il existe sur le côté gauche, un bec-de-lièvre avec écartement considérable des bords de la solution de continuité ; l'écartement est de 2 centimètres 1/2. La division s'étend jusque dans la narine correspondante. Le nez est dévié à droite et aplati. La voûte palatine ne paraît divisée que dans sa moitié antérieure seulement; les deux incisives et la canine gauche manquent.

(Professeur Ant. Dubois, 1799.)

N° 6. — Modèle en cire de la face d'un enfant ; bec-de-lièvre précédent, après opération.

Ce modèle en cire représente le bec-de-lièvre opéré, et l'on voit sur cette pièce que le résultat est des plus satisfaisants.

N° 7. — Modèle en cire de la face d'un enfant ; bec-de-lièvre double.

Sur cette pièce en cire, on a représenté la face d'un enfant qui présente un bec-de-lièvre double avec tubercule médian osseux et cutané. La bifidité de la lèvre de chaque côté s'étend jusque dans la narine correspondante. La pointe du nez est affaissée. Le tubercule médian osseux donne insertion aux deux incisives médianes.

(Professeur Ant. Dubois, 1800.)

N° 8. Modèle en cire du bec-de-lièvre précédent avec tubercule médian, résultat après opération.

Sur cette représentation en cire, on voit que le résultat est aussi heureux que possible. Le nez est remonté, le tubercule médian a été enlevé, et il n'existe plus, qu'une cicatrice linéaire située sur la ligne médiane.

(Professeur Ant. Dubois, 1800.)

N° 9. — Modèle en cire de la face d'un enfant ; bec-de-lièvre double avec tubercule médian.

Sur cette représentation en cire, on constate que la double division cutanée du bec-de-lièvre, se prolonge jusque dans la narine correspondante ; elle circonscrit un petit tubercule cutané ratatiné, aplati et relevé de bas en haut. Il est venu contracter des adhérences avec la pointe du nez.

De chaque côté, la division s'étend à la voûte palatine ; elle circonscrit et détache une portion osseuse qui a environ 2 centimètres de large et porte quatre dents incisives. Cette portion osseuse, projetée en avant, vient faire saillie entre les deux bords de la division cutanée. Le nez, dont les narines sont projetées en dehors, est considérablement élargi.

N° 10. — Modèle en cire de la face d'un enfant; bec-de-lièvre double avec tubercule médian osseux et cutané.

Sur cette représentation en cire d'un bec-de-lièvre double, les deux bords de la lèvre sont assez écartés, et le tubercule osseux médian supporte quatre incisives. Mais, au lieu d'être régulièrement disposées, ces dents sont écartées l'une de l'autre et présentent chacune un mouvement de rotation sur l'axe d'un quart de cercle, de manière à présenter un de leurs bords en avant. La division palatine est assez mal représentée.

(Professeur Ant. Dubois, *Bull. de la Fac.*, t. IV, p. 29.)

N° 11. — Représentation en cire du bec-de-lièvre précédent, après l'opération.

Sur cette représentation, on constate que le résultat est aussi satisfaisant que possible; le tubercule osseux paraît avoir été enlevé, et les deux narines sont rapprochées.

(Professeur Ant. Dubois, *Bull. de la Fac.*, t. IV, p. 29.)

N° 12. — Modèle en plâtre d'une portion de la face d'un adulte, bec-de-lièvre double avec tubercule médian cutané et osseux.

Sur ce modèle en plâtre, on constate qu'il existe une double division de la lèvre supérieure, avec tubercule médian cutané et osseux. De chaque côté la division se prolonge jusque dans la narine. Le tubercule cutané adhère à la pointe du nez, et le tubercule osseux donne insertion aux deux incisives moyennes.

(Professeur Dupuytren, 1834.)

N° 13. — Squelette de fœtus à terme; bec-de-lièvre double avec tubercule médian osseux.

Ce squelette est bien conformé; il existe un bec-de-lièvre double avec tubercule osseux médian. Sur la ligne médiane, en avant, au dessous du nez, on observe un petit tubercule qui donne insertion à la cloison des fosses nasales qui le supporte. En arrière, la cloison, dans toute son étendue, est libre et renflée à son bord inférieur. De chaque côté existe une perte de substance de l'apophyse palatine d'environ 1 centimètre d'étendue; elle établit, entre la bouche et les fosses nasales, une large communication. Il existe donc sur cette pièce une destruction

presque complète de la voûte palatine, avec intégrité de la cloison des fosses nasales.

(Professeur Breschet.)

N° 14. — Tête d'enfant à terme, avec bec-de-lièvre double et tubercule médian cutané et osseux.

Sur cette tête d'enfant à terme, on constate qu'il existe un bec-de-lièvre double avec tubercule médian, cutané et osseux. La division qui est avec un plus grand écartement du côté droit que du gauche, s'étend à toute la voûte palatine ainsi qu'au voile du palais. La cloison des fosses nasales est complète.

(M. Houel, 1848.)

N° 15. — Tête d'enfant à terme ; bec-de-lièvre double avec tubercule médian cutané et osseux; de chaque côté de la ligne médiane, la lèvre inférieure présente un pertuis.

Cette pièce provient d'un enfant à terme. La lèvre supérieure présente à décrire trois portions : une médiane, qui recouvre les os intermaxillaires, et deux latérales parfaitement semblables.

Les os inter-maxillaires font une saillie très-considérable en avant ; à leur partie supérieure, on voit la sous-cloison bifurquée embrasser leurs sommets.

La partie médiane de la lèvre supérieure, qui recouvre la tumeur formée par les os inter-maxillaires, se termine inférieurement par un bord arrondi assez large, tandis que supérieurement elle se rétrécit et se continue avec la peau du lobule du nez, qui, par suite de l'aplatissement de cet organe, ne fait qu'une saillie peu considérable.

Cette partie médiane de la lèvre supérieure est fixée aux os intermaxillaires par un pli de la muqueuse, semblable au frein de la lèvre supérieure normale, mais qui en occupe toute la hauteur.

Les deux portions latérales de la lèvre, sont sur un plan beaucoup plus postérieur que la portion médiane. Leurs extrémités internes commencent un peu en dedans de l'aile du nez ; en ce point, les lèvres ne présentent qu'une hauteur très-peu considérable, et sont réunies aux os maxillaires par un petit frein. Cette extrémité interne étant beaucoup plus élevée que la commissure, le bord inférieur suit une direction oblique en bas et en dehors, et à mesure qu'on s'approche de la commissure, la hauteur de la lèvre devient plus considérable.

Entre la partie médiane et les parties latérales, il reste de

chaque côté une ouverture toujours considérable, comblée en partie par la tumeur des os inter-maxillaires.

Lèvre inférieure. — La forme et le volume de la lèvre inférieure, considérée dans son ensemble, ne présentent rien d'anormal. Mais on y rencontre vers la partie moyenne une disposition singulière, qui mérite, à cause de sa nouveauté, une description détaillée.

Deux petits disques circulaires, d'une coloration plus foncée que celle de la muqueuse voisine, se voient de chaque côté de la ligne médiane.

Leur surface est légèrement déprimée ; à son centre se voit un petit tubercule ; ce tubercule, dont la couleur est analogue à celle du disque, pendant la vie était quelquefois très-saillant ; d'autres fois il semblait rentrer en lui-même. Mais quand on y regarde de plus près, on voit qu'il bouche alors une ouverture demi-circulaire, qui en arrière circonscrit son pédicule.

Un stylet, introduit dans cet orifice, permet d'évaluer à 6 ou 8 millimètres la profondeur du cul-de-sac.

Un tissu contractile préside aux mouvements de ce petit tubercule, car parfois on le voit rentrer brusquement dans sa cavité. A ce moment on s'aperçoit qu'un liquide analogue à de la salive est projeté à quelques millimètres.

(Professeur Depaul, *Soc. de chir.*, 2me série, t. II, p. 350.)

N° 16. — Portion de tête de fœtus à terme : bec-de-lièvre double avec tubercule médian, division de la voûte palatine et du voile du palais.

La mâchoire inférieure a été enlevée, et on constate qu'il existe sur cette pièce un bec-de-lièvre double avec tubercule médian, cutané et osseux. Le tubercule osseux comprend les quatre incisives. La bifidité s'étend à toute la voûte palatine et au voile du palais ; la cloison médiane des fosses nasales est intacte. Il est manifeste, sur cette pièce, que les deux moitiés palatines du maxillaire supérieur sont notablement atrophiées, d'où résulte entre elles un écartement très-considérable.

(Professeur Béclard, 1823.)

N° 17. — Squelette de la tête ; bec-de-lièvre double avec tubercule médian, division de la voûte palatine et du voile du palais.

Sur cette tête, la division de la voûte palatine présente un écartement considérable, plus d'un centimètre 1/2; les deux apophyses palatines sont rudimentaires, notablement atrophiées. Le tubercule médian qui porte les quatre incisives, est fortement projeté en avant, ce qui résulte de la saillie que fait dans cette

Sur cette portion de tête, dont la mâchoire inf
enlevée, on constate qu'il existe un bec-de-lièvre
tubercule médian, osseux et cutané, qui est fortemen
avant, renversé de bas en haut et adhère à la pointe
tubercule osseux ne renferme que les deux incisive
Il existe en outre une division de la voûte p
écartement considérable, ainsi que du voile du palai
médiane des fosses nasales est complète et même hy
(M. Vallée, *Bull. de la Soc.*, t. I. p. 51.)

N° 19. — Portion antérieure du crâne et de la face;
double avec division médiane du nez et de la voûte

Cette pièce sans renseignements, est malheureuse
mauvais état de conservation On constate qu'il exis
écartement des deux maxillaires, près de 2 centim
absence presque complète de voûte palatine. Il n'e
de tubercule médian, et la division du rebord alvéola
longe dans toute la hauteur de la partie médiane
apophyses montantes des maxillaires, très-écartées
versées en dehors, et il semble, sur cette pièce, ne
existé d'os propre du nez; du moins je ne puis en r
trace.

N° 20. — Moule en plâtre des deux machoires d'un enf
bec-de-lièvre double.

Sur ce moule, qui a été pris sur un enfant de 5 an
tate qu'il existe un bec-de-lièvre double. Il existe à
supérieure une saillie considérable du tubercule inc

N° 21. — Maxillaires supérieurs avec le sphénoïde ; division de la partie postérieure de la voûte palatine.

Cette pièce provient d'un homme de 22 ans, qui avait un bec-de-lièvre simple. On constate sur cette pièce, qu'il existe à la partie antérieure, une réunion incomplète de la voûte palatine. En arrière, il existe une division médiane de la voûte palatine, qui avait très-probablement déterminé une bifidité du voile du palais.

La partie horizontale des os palatins et la partie postérieure de l'apophyse palatine des maxillaires supérieurs, est très-mince. Elles présentent sur la ligne médiane un écartement qui est en forme de V, dont la base est dirigée en arrière et à 1 centimètre d'écartement. Le sommet correspond à l'union du tiers postérieur, avec les deux tiers antérieurs de la voûte palatine.

(M. Pigné, *Soc. anat.*, 1841, t. XVI., p. 209.)

N° 22. — Portion de la tête d'un fœtus ; division du voile du palais et de la partie postérieure de la voûte palatine.

Sur cette tête de fœtus, on observe une division complète du voile du palais et des deux tiers postérieurs de la voûte palatine, le tiers antérieur ainsi que le bord alvéolaire et les lèvres étant intacts. L'écartement, qui est considérable, a près de 2 centimètres; il a la forme d'un sablier rétréci à sa partie moyenne, par deux petites languettes qui semblent marcher à la rencontre l'une de l'autre, mais ne se rejoignent pas néanmoins : elles laissent entre-elles un espace d'environ 3 millimètres. La perte de substance qui est considérable pour la voûte palatine, forme un ovale, tandis que pour le voile du palais, elle n'est représentée que par la petite languette que j'ai signalée, en arrière de laquelle se trouve le pharynx.

(M. Pigné.)

N° 23. — Portion de tête de fœtus ; division de la voûte palatine, sans bec-de-lièvre et avec conservation du bord alvéolaire.

Sur cette tête de fœtus, on observe une absence presque complète de la voûte palatine, avec conservation du rebord alveolaire qui est intact ainsi que la lèvre supérieure. La langue présente sur sa partie médiane une rainure profonde, antéro-postérieure, qui, résulte probablement de la pression exercée par le vomer.

(Professeur Verneuil.)

N° 24. — Maxillaires supérieurs d'adulte ; division de la voûte palatine et du voile du palais, avec conservation du rebord alvéolaire.

Cette pièce est un exemple assez rare de division médiane du voile du palais et de la totalité de la voûte palatine, moins le bord alvéolaire qui est intact. Cette pièce a été trouvée sur un adulte. Les deux incisives médianes manquent, leur place n'existe pas. La lèvre supérieure non bifide ne portait aucune trace d'opération. Il semble que toute la portion horizontale de la voûte palatine manque.

(M. Pigné. *Soc. anat.*, 1841, t. XVI, p. 332.)

N° 25. — Base du crâne avec le maxillaire inférieur ; perforation de la voûte palatine, suite d'affection vénérienne.

Cette base du crâne a été receuillie sur un homme qui portait des traces de lésions syphilitiques tertiaires. Il existe à la voûte palatine une perforation circulaire de deux centimètres et demi de diamètre, la cloison des fosses nasales est complétement détruite. Les bords de la perforation sont cicatrisés.

Pendant la vie, ce malade s'était fait un obturateur avec un bouchon que l'on voit encore en place, et qui fermait exactement le trou de la voûte palatine. La voix et la déglutition n'étaient point gênées.

(M. Martin-Solon, 1838.)

Article 2.

TUMEURS DIVERSES DES LÈVRES, DES AMYGDALES, DU VOILE DU PALAIS, DE LA PAROTIDE, DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE ET DE LA LANGUE.

Cet article contient un grand nombre de tumeurs diverses qui, la plupart, n'ont de commun entre elles que le siége. Ces pièces sont au nombre de 23, du n° 26 au n° 45 inclusivement. Le n° 26 est une série d'amygdales qui sont hypertrophiées. Les pièces n°s 27, 27 *a*, 27 *b*, sont des exemples de

calculs salivaires qui étaient situés dans le canal de Warthon; la pièce n° 28 est un exemple d'hypertrophie des papilles de la langue, type de langue noire; le n° 28 *a*, de tumeur enkystée de la pointe de la langue; le n° 29 de kyste dermoïde du plancher de la bouche.

Les pièces n^{os} 30 et 31 sont des exemples de cancroïde de la lèvre inférieure. Déjà des pièces de cet ordre ont été décrites dans les affections des os à l'article Cancer; mais il m'a paru utile d'en rapporter quelques exemples à l'occasion des lésions de l'appareil de la digestion. Le lecteur, pour se faire une idée complète des pièces de cette lésion dans le Musée, devra donc les rechercher dans ces deux articles distincts.

Les pièces n° 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40 et 41 sont des exemples d'enchondrome de la parotide. La pièce n° 35 est un enchondrome relativement rare de la glande sous-maxillaire. Les pièces n^{os} 42, 43 et 44, sont des exemples de tumeurs du voile du palais, et celle n° 45 de ces petits kystes fistuleux rebelles de la partie antérieure du cou, dont le trajet et la cavité du kyste est tapissée par un épithelium cylindrique à cils vibratils.

N° 26. — Amygdales hypertrophiées.

Série de dix amygdales à divers degrés d'hypertrophie, qui ont été excisées.
(M. Guersant.)

N° 27. — Calcul du canal de Warthon.

Ce calcul, qui est sans renseignements, a un volume considérable; il est oblong, il a trois centimètres de long sur quatre de circonférence dans sa partie la plus renflée. Sa surface est irrégulière, chagrinée, rugueuse, avec des saillies et de nombreuses dépressions.

N° 27 *a*. — Calcul salivaire.

Cette pièce est en assez mauvais état de conservation et sans

renseignements. Elle a été donnée au Musée comme un exemple de calcul salivaire, ce qui est douteux.

N° 27 *b*. — Calcul du canal de Warthon.

Ce calcul, qui est assez volumineux, a été extrait du canal de Warthon. Il présente sur une de ses faces une gouttière par laquelle s'écoulait la salive qui, lorsqu'on irritait l'orifice buccal du canal, s'écoulait en bavant et non pas en jet.

(MM. Desprès et Lelong, *Soc. anat.*, 1866, p. 45.)

N° 28. — Hypertrophie des papilles de la langue; type d'hypertrophie de langue noire.

Cette pièce provient d'un homme âgé de 75 ans qui était hémiplégique. La langue présente une hypertrophie papillaire très-accusée, en même temps que les papilles sont recouvertes d'une couche d'un aspect noirâtre. Cette couche noire qui siége dans l'épithélium peut disparaître par des grattages ou des lavages répétés.

(M. Lebec, *Soc. anat.* 1878, p. 203.)

N° 28 *a*. — Tumeur enkystée de la pointe de la langue.

Sur cette pièce qui est constituée par la pointe de la langue qui a été enlevée par deux coups de ciseaux, on constate qu'il existe dans la pointe de la langue une tumeur du volume d'une petite noisette, lisse, arrondie, dense et enkystée. Cette tumeur, dont l'examen microscopique n'a point été fait, et qui ressemble à un sarcome fibreux, a été regardée par le professeur Nélaton comme étant de nature cancéreuse.

(Professeur Nélaton, 1861.)

N° 29. Kyste dermoïde du plancher de la bouche.

Cette pièce provient d'une jeune fille de 18 ans et la tumeur était située sous la langue. L'époque du début de ce kyste est incertaine, mais il a été constaté trois ans avant l'opération.

Le kyste, du volume d'un œuf de poule, indolent, sans transparence, ne gênant ni la parole ni la mastication, faisait saillie à la région sus-hyoïdienne. La ponction capillaire ne donna aucun résultat. L'emploi d'un trocart volumineux donna issue à 30 grammes environ d'un liquide écumeux, grisâtre, caillebotté.

Du côté de la cavité buccale, le kyste était situé au-dessous de

la langue, sur la ligne médiane. Il a été énucléen partie avec le doigt, ensuite pour le reste extirpé, par arrachement, après une incision du plancher buccal, sur la ligne médiane. Une adhérence assez résistante, le rattachait à la partie antérieure de l'os hyoïde.

Sa cavité contenait la bouillie du stéatome des anciens chirurgiens. C'est un mélange de cellules pavimenteuses et d'épithélium sébacé.

Il reste à chercher, s'il existe dans la paroi des glandes sébacées, comme cela est probable. Ces kystes, de l'ordre des kystes dermoïdes, assez rares, peuvent suppurer. M. Verneuil en a observé un exemple.

Ils proéminent, soit du côté de la bouche, soit du côté de la région sus-hyoïdienne.

Le mécanisme de leur développement est semblable à celui des kystes dermoïdes des sourcils. Ils se forment au niveau du niveau des points de soudure des arcs viscéraux, et offrent des adhérences sur la ligne médiane.

(Professeur Verneuil. *Soc. anat.*, 1872, 2e série, t. XVII, p. 140.)

N° 30. — Modèle, procédé Baretta, de la face d'un homme qui présente un cancroïde végétant des lèvres.

Cette pièce est la représentation, d'après le procédé Baretta, de la face d'un homme âgé qui, présentait un cancroïde végétant de la presque totalité des deux lèvres. Cet homme avait l'habitude de fumer une pipe à tuyau très-court.

Il existe sur les deux lèvres une couronne très-étendue d'hypertrophie des papilles, recouvertes de végétations épithéliales, très-étendues en surface et en saillie. Cette couronne est presque complète : on constate qu'il existe encore à la lèvre supérieure, sur le côté gauche, un petit point très-circonscrit qui n'a point été envahi par le tissu morbide. On voit sur le côté droit de la lèvre, près de son angle, une petite dépression infundibuliforme qui correspond à la plaie ou cet homme mettait le plus souvent le tuyau de sa pipe.

(Professeur Dolbeau, 1859.)

N° 31. — Modèle procédé Baretta, de la récidive d'un cancer épithélial de la lèvre inférieure.

Sur cette représentation de la partie inférieure de la face, on constate qu'il existe pour la moitié droite de la lèvre inférieure, une récidive assez étendue d'une tumeur épithéliale qui a été opérée. Cette pièce a été prise sur un vieux fumeur, et l'on

constate qu'il existe un engorgement notable des ganglions qui adhèrent au maxillaire inférieur.
(Professeur Dolbeau.)

N° 32. — Enchondrome de la glande parotide.

Cet enchondrome, qui a le volume d'une petite noix, a été enlevé dans la glande parotide; il a été divisé en deux moitiés: son tissu est dense, résistant.
(Professeur Nélaton, 1854.)

N° 33. — Enchondrome volumineux de la parotide.

La tumeur est double, elles siégeaient toutes les deux dans la parotide. La supérieure a le volume d'un gros œuf de poule, elle était dense, d'un aspect blanc bleuâtre dans certains points, au milieu desquels on constatait l'existence de nombreuses capsules de cartilage. Dans d'autres points, il existait manifestement des dépôts sanguins.
(Professeur Nélaton, 1862.)

N° 34. — Dessin de l'enchondrome précédent.

Sur ce dessin on constate d'une façon très-évidente, le double aspect sous lequel se présentent ces deux tumeurs, principalement la supérieure.
(Professeur Nélaton, 1862.)

N° 35. — Enchondrome de la glande sous-maxillaire.

Cette tumeur, qui est du volume d'une noix, est relativement volumineuse, si on la compare à celui que présente normalement la glande.
(Professeur Nélaton, 1866.)

N° 36. — Enchondrome volumineux de la région parotidienne.

Cette tumeur, d'un volume considérable, bosselée à sa surface, oblongue, a 10 centimètres dans son plus grand diamètre et 6 dans son plus petit. Elle est cloisonnée dans sa partie moyenne, et contient un grand nombre de cavités, dans lesquelles existe

du tissu cartilagineux à divers degrés d'altération. Ces loges ou cavités, sont circonscrites par une trame fibreuse.
(Professeur Nélaton, 1866.)

N° 37. — Dessin à l'aquarelle de l'enchondrome précédent.

Ce dessin, très-bien exécuté, est destiné à montrer l'aspect de la pièce n° 36 à l'état frais.
(Professeur Nélaton, 1866.)

N° 38. — Enchondrome volumineux de la parotide.

Cette pièce provient d'un homme de 45 ans. La tumeur datait de quatorze ans quand elle a été enlevée, et était située dans la parotide gauche Pendant les deux dernières années, elle avait doublé de volume. Cette tumeur qui est dure, donnait à la main la sensation d'une masse cartilagineuse : elle présente 12 centimètres de long et 7 de large. Le nerf facial était englobé dans la tumeur : il y a eu section de l'une de ses branches

La tumeur, qui est ovoïde, pesait au moment de son ablation 240 grammes. Sur la coupe qui a été pratiquée, on constate l'existence d'un tissu grisâtre, et çà et là quelques noyaux de cartilages plus ou moins grands. En d'autres points, il existe des cavités kystiques qui renfermaient un liquide filant. Au microscope, la substance cartilagineuse a présenté des cellules ramifiées. La substance grise était formée de tissu conjonctif et de culs-de-sacs glandulaires qui ont proliféré.
(M. Demarquay. *Soc. de chir.*, 1874, 2e série, t. VI.)

N° 39. — Modèle en cire de la moitié latérale droite de la face et du cou ; enchondrome.

Sur cette représentation en cire de la moitié latérale droite de la face et du cou, on constate dans la région parotidienne, l'existence d'une tumeur qui est figurée après dissection. Cette tumeur qui fait une saillie volumineuse, présente 8 centimètres dans son grand diamètre qui est oblique de haut en bas, d'avant en arrière ; cinq dans son petit et quatre de saillie.

Sur cette préparation, on a figuré le nerf facial dont la branche supérieure est refoulée au-dessus du pédicule de la tumeur qu'elle contourne avec l'artère transversale de la face, tandis que la branche inférieure est située au-dessous. Quant à la nature de la masse morbide, il est difficile de se prononcer maintenant, mais il est probable qu'il s'agit d'un enchondrome.

N° 40. — Modèle en cire d'une tête qui présente à droite, dans la région parotidienne, une tumeur volumineuse.

Sur cette représentation en cire, on a figuré à droite, une tumeur volumineuse qui s'étend transversalement depuis l'oreille jusqu'à la bouche, et verticalement depuis l'apophyse zygomatique jusqu'au bord inférieur de la mâchoire inférieure. Cette tumeur fait sur la joue une saillie de 10 centimètres, le sommet est ulcéré. Il est aujourd'hui impossible de se prononcer sur la nature de cette lésion.

(M. Ruffin, 1798.)

N° 41. — Modèle en cire d'une tête et du cou; tumeur volumineuse de la région parotidienne.

Sur cette représentation en cire, on constate qu'il existe dans la région parotidienne droite une tumeur très-volumineuse, ulcérée, qui forme un vaste champignon. Cette tumeur est représentée bosselée, irrégulière à sa surface; elle s'étend verticalement depuis l'oreille jusque dans la région sus-claviculaire, et d'avant en arrière depuis la joue jusqu'à la bosse occipitale externe. Aujourd'hui il est impossible de pouvoir déterminer sa nature.

(Professeur Sabatier, 1800.)

N° 42. — Tumeur du voile du palais formée par une masse glandulaire.

Cette pièce provient d'un jeune homme de 25 ans. Trois mois et demi environ avant l'ablation de cette tumeur, il sentit dans l'arrière-gorge un petit bouton dont il ne précisa point exactement le siége. Un mois après ce bouton, ce jeune homme vit apparaître dans l'isthme du gosier une tumeur qui s'accrut rapidement et prit pour la région des proportions considérables. La gêne qu'elle apportait à la respiration, et surtout à la déglutition, obligea le malade à demander les secours de la chirurgie.

A l'entrée de ce malade à l'hôpital des cliniques, M. Nélaton constata que la voix était très-altérée, la tumeur commençait au niveau du bord postérieur de la voûte palatine et occupait toute la partie gauche du voile du palais; elle refoulait la luette à droite. Le doigt ne pouvait atteindre les limites inférieures du mal, la tumeur descendait dans le pharynx. La partie inférieure

et profonde de la tumeur, n'offrait pas au toucher et à la vue la même sensation ni le même aspect que la portion contenue dans le voile du palais. Tandis que cette dernière était bien régulière, lisse, bombée et présentait une surface uniforme, la partie profonde, au contraire, était inegale, rugueuse, déchiquetée et donnait l'impression de mamelons durs, de végétations.

La marche rapide de la tumeur, la gêne considérable qu'elle apportait alors à la respiration, démontraient suffisamment la nécessité d'une intervention assez prompte, car, pendant les quelques jours que le malade était resté dans les salles, elle s'était notablement accrue. M. Nélaton, après avoir songé tout d'abord à l'existence d'une tumeur hypertrophique du voile du palais, variété dont il a pour la première fois constaté l'existence en 1817 à l'hôpital Saint-Antoine, hésita cependant un peu. La tumeur présentait une dureté plus considérable que celle des hypertrophies glanduleuses, sa consistance rappelait celle des fibromes; l'irregularité de la partie inférieure de cette masse morbide et sa marche rapide, n'etaient point en rapport avec ce que l'on connait des hypertrophies glandulaires de cette région. Malgré ces faits, le professeur de l'hôpital des cliniques supposa qu'il avait affaire ici à une hypertrophie glandulaire dont la marche avait été plus rapide ; ce qui le fit pencher encore vers cette opinion, c'est que le médecin qui avait été consulté en ville a vu sortir de la tumeur, après une ponction exploratrice, un liquide filant, visqueux, comparable à du blanc d'œuf. La masse morbide put, après une incision, être assez facilement enuclée.

La tumeur rappelle assez bien par sa forme, ce que le toucher avait indiqué: on voit à sa partie inférieure un certain nombre de granulations de volumes divers et qui sont isolées. Examinée par M. Bobin, la masse morbide, qui est d'un aspect blanchâtre, est reconnue pour être une hypertrophie glandulaire, de la nature, dit-il, des glandes amygdales.

On y trouve des culs-de-sacs hypertrophiés et d'autres de nouvelle formation, de l'épithélium nucléaire et du tissu fibro-plastique. Certains culs-de-sacs glandulaires étaient assez développés pour, après l'opération, avoir été reconnus à l'œil nu. La densité de la tumeur tenait à ce qu'il existe une quantité assez notable de tissu fibreux, mais sans suc appréciable.

(Professeur Nélaton, 1862, *Gaz. des hôpitaux.*)

N° 48. — Myxôme lipomateux du voile du palais.

Cette pièce provient d'une femme de 58 ans ; six ans avant son opération, cette femme, en regardant sa bouche, à l'occasion d'une névralgie dentaire, s'aperçut qu'elle portait, dans le voile du palais, près de la ligne médiane, une tumeur du volume d'une

noisette. Cette tumeur a pris, depuis, un développement régulier, mais lent.

Au moment de l'opération, M. Verneuil a constaté que la tumeur, du volume d'une noix, avait son grand diamètre antéro-postérieur, qu'elle était située sur le côté droit du voile du palais. Ses limites étaient, en dedans, la ligne médiane, en dehors, les limites même de la voûte palatine. Cette tumeur présentait la coloration normale de la muqueuse, avec quelques veinules un peu prononcées, elle était lisse partout, elle avait une consistance ferme, uniforme. La muqueuse glissait au-dessus d'elle, et profondément la grosseur jouissait d'une assez grande mobilité d'avant en arrière. La luette était légèrement déviée à gauche.

On constate, sur cette pièce, que la tumeur est bien circonscrite de toute part, elle est lisse avec quelques bosselures. A la coupe, elle a un aspect granulé : grisâtre à la périphérie, elle est jaunâtre dans la plus grande partie de son étendue.

Au raclage, on n'obtient pas de suc, mais de tous petits fragments de la tumeur. Après une dissociation et coloration par le picro-carminate, on y voit apparaître des cellules étoilées avec un beau noyau muni d'un nucléole. En même temps, on aperçoit des cellules arrondies, un peu granuleuses, et d'autres polygonales.

Après durcissement dans l'acide chromique, on pratique des coupes qui sont colorées par le picro-carminate et montées dans la glycérine. On voit ainsi que les couches périphériques grises de la tumeur sont formées par des glandules salivaires qui ne présentent pas d'altération, sinon du gonflement de l'épithélium. La totalité de la tumeur est constituée par un stroma, composé de vésicules adipeuses d'assez grande dimension, contenant un noyau appliqué sur leur paroi ; ces vésicules, groupées au nombre de trois, quatre, dix, sont logées dans un tissu muqueux formé de cellules étoilées, et d'une substance inter-cellulaire qui a tous les caractères de la mucine. Dans le stroma ainsi disposé, courent de toutes parts les lobules des glandes salivaires palatines hypertrophiées, bourrées d'épithélium. Cet épithélium, sur beaucoup de points, passe à l'état de dégénérescence muqueuse.

(Professeur Verneuil, *Soc. anat.*, 1872, 2e série, t. XVII, p. 353.)

N° 44. — Sarcome glandulaire de la voûte palatine.

Cette pièce provient d'une femme de 53 ans. La date de l'apparition de cette tumeur qui siégeait dans la moitié gauche du voile du palais, était de dix ans environ. Elle avait donné lieu à plusieurs erreurs de diagnostic.

Cette tumeur, qui a le volume d'un œuf de poule, est ovoïde

lobulée; extérieurement elle présente des bosselures de dimension variable. Au niveau des bosselures les plus volumineuses elle est fluctuante. Cette tumeur est limitée dans toute sa périphérie, par une capsule fibreuse, qui envoie de sa surface interne une trame également fibreuse transversale, qui divise cette tumeur en deux parties à peu près égales.

La portion de cette tumeur, qui est située au-dessus de cette cloison, forme une cavité kystique du volume d'une noix. Elle était remplie par un magma jaunâtre, couleur chocolat, formé de leucocytes granuleux, de fibrine en voie de destruction granulo-graisseuse, d'hématies à différents stades de destruction, et de corpuscules de Gluge contenant des granulations pigmentaires d'origine hématique.

Les autres points de la périphérie de cette poche sont recouverts de saillies arrondies. Quelques-unes de ces végétations sont en voie de destruction, tant elles sont ramollies ; et elles commencent à former le magma qui remplissait la cavité kystique. La partie de la coupe située au-dessous de la travée transversale, est formée par de nombreuses cavités kystiques, de volume variable et remplies par des végétations arrondies. Ces végétations sont, les plus grosses, du volume d'une noisette, les plus petites, d'un grain de blé. Leur consistance est plus dense et plus ferme que celle des végétations de la grande cavité kystique.

Au microscope, on a constaté que la capsule d'enveloppe était formée de tissu fibreux, et le contenu de tissu embryonnaire. Il ne s'agit donc point ici d'un adenome, malgré que cette tumeur ait pris naissance dans une région glandulaire, mais elle mérite le nom de sarcome glandulaire. Elle paraît avoir débuté par un fibrome qui, plus tard, a pris le caractère sarcomateux.

(M. Desprès, *Soc. anat.*, 1874, 3e série, t. IX, p. 577.)

N° 45. — Kyste du cou, région sous-hyoïdienne; épithelium à cils vibratils.

Cette petite tumeur a été extraite de la partie antérieure du cou, chez une jeune fille de 16 ans qui a guéri. Elle était située au-dessous de l'os hyoïde, sous lequel elle s'enfonçait profondément, sous sa face inférieure. Son trajet et son fond, qui contenait un liquide filant, était tapissé par un épithélium cylindrique avec des cils vibratils très-développés.

L'extirpation complète de ces petites tumeurs sans récidive, est des plus difficiles à obtenir.

(Professeur Nélaton, 1863.)

Article 3.

AFFECTIONS DES DENTS, DU REBORD ALVÉOLAIRE QUI LES SUPPORTE, AINSI QUE DE QUELQUES LÉSIONS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Quoique les pièces de lésions des dents soient peu nombreuses dans le Musée, et que cet article laisse beaucoup à désirer, j'ai cru, néanmoins, devoir l'établir, certain qu'un jour il prendra une grande extension et qu'il sera peut-être un des plus intéressants. J'en ai déjà l'assurance par les pièces qui m'ont été promises, bien persuadé, du reste, que la plupart des petits musées particuliers, assurément fort intéressants, sont destinés à périr par la détérioration des pièces, qui ont besoin, même pour les os, d'un entretien continuel.

La plupart des pièces qui constituent cet article sont déjà anciennes, elles datent de la fin du siècle dernier et du commencement de ce siècle : elles ont été données par M. Duval. J'ai conservé la description qu'il en a faite et qui ne manque point d'une certaine originalité. Ces pièces sont au nombre de vingt-huit, du n° 46 au n° 73 inclusivement.

Les vingt premières pièces, du n° 46 au n° 65 inclusivement, sont des exemples d'altérations diverses, ou d'anomalies de position des dents. Les huit dernières, du n° 66 au n° 73, sont des exemples de carie des dents, ou d'exostoses du maxillaire inférieur.

N° 46. — Deux séries de dents ; atrophie des dents.

Deux séries de dents humaines, l'une composée de 11 dents, l'autre de 12. Cette collection de dents de diverses espèces, incisives, canines et molaires, ont été conservées, les unes dans leur intégrité, les autres ont été sciées, ou limées, pour rendre sensible à l'œil l'irrégularité avec laquelle, dans ces différents cas, l'émail est réparti à la surface. M. Duval rapporte ces altéra-

tions des dents à une affection grave, vers l'âge de 6 à 17 ans, ou que la mère a été malade pendant sa gestation. On remarque en effet, dans ces deux cas, sur les couronnes des dents, tantôt des lignes saillantes ondulées et transverses, tantôt des rainures rugueuses, ou des enfoncements pointillés, que M. Duval considère comme des marques d'atrophie.

(M. Duval, *Bul. de la Fac.*, t. III, 1812, p. 7.)

N° 47. — Série de six dents ; ossification du périoste alvéolo-dentaire.

Série de 6 dents diverses. Sur 4 de ces dents, on voit distinctement les racines de ces dents entourées d'une couche osseuse dure, et qui fait corps avec elles, quoique l'on puisse distinguer dans les coupes la nature des deux tissus.

(M. Duval, *Bul. de la Fac*, 1811, t. II, p. 204.)

N° 48. — Série de quatre dents ; aspérités de l'extrémité de la racine.

Ces quatre pièces ont été déposées à la Faculté, comme des exemples d'altération de l'extrémité de la racine des dents. Il existe une déperdition de substance si légère, qu'il faut beaucop d'attention pour la distinguer, surtout lorsque la dent est arrachée depuis quelque temps et qu'elle est desséchée. Cette lésion est considérée par M. Duval, comme suffisante pour occasionner des douleurs très-vives, et rendre nécessaire l'extraction de la dent.

(M. Duval, *Bul. de la Fac.*, 1811, t. II, p. 205.)

N° 49. — Série de neuf dents; usure de l'extrémité de la racine, avec formation de kystes.

Dans cette série de pièces, on constate une perte de substance assez sensible, pour quelques-unes, de l'extrémité de la racine de la dent. Vers le centre de l'usure, est un point noir qui est l'ouverture du canal dentaire. La partie saine de la dent forme souvent autour de la partie affectée, un léger bourrelet analogue aux bords calleux des ulcères. On pourrait croire qu'une portion en forme de calotte, aurait été enlevée de l'extrémité de la racine de la dent.

Souvent l'extrémité de la racine de la dent, baigne dans un liquide renfermé dans une espèce de kyste qui circonscrit la

surface malade. Ce kyste suit ordinairement la dent lorsqu'on l'extrait.

(M. Duval, *Bul. de la Fac.*, 1811, t. II, p. 205.)

N° 50. — Série de cinq dents diverses, destinées à montrer des taches brunes à la superficie de l'émail.

Sur ces dents, il existe des taches brunes à la superficie de l'émail, qui est un peu obscure. La couche cornée est moins blanche, moins diaphane, et un peu plus épaisse sous la tache. Un petit trait de couleur de corne traverse la substance osseuse, depuis la tache jusqu'au canal dentaire, des incisives canines et petites molaires, et jusqu'à la cavité des grosses molaires; de sorte que dans les premières il est très-oblique.

(M. Duval, *Bul. de la Fac.*, 1809, t. II, p. 104.)

N° 51. — Série de cinq dents diverses; destinées à montrer des taches noires à la superficie de l'émail.

Sur ces dents, il existe des taches noires à la superficie de l'émail, avec stries blanches et jaunes dans son épaisseur. La couche cornée plus large et convexe du côté de la substance osseuse est encore moins transparente.

(M. Duval, *Bul. de la Fac.*, 1809, p. 105.)

N° 52. — Série de cinq dents; taches noires, rudiments de la destruction de l'émail à sa superficie.

Série de cinq dents, taches noires plus épaisses et premier rudiment de la destruction de l'émail à sa superficie. Il existe des stries jaunâtres qui pénètrent jusqu'à la face interne de l'émail qui est encore intact, il est seulement plus friable. Petite cavité elliptique entre l'émail et la substance cornée, l'intérieur de cette cavité est d'un brun jaunâtre et quelquefois même noir.

(M. Duval, *Bul. de la Fac.*, 1809, t. II, p. 105.)

N° 53. — Série de six dents; destruction de l'émail dans une plus ou moins grande étendue.

Série de six dents, sur lesquelles on constate que l'émail est détruit dans une plus ou moins grande étendue; il existe le plus souvent une cavité noirâtre, d'autres fois d'un jaune brun avec des rebords inégaux, dont le fond est à la substance cornée, et

quelquefois à la substance osseuse. Ces substances, quand la cavité est noire, sont, dans une dent fraîche, comme charbonnées et friables à leur superficie ; ensuite, jaunes et d'une mollesse cartilagineuse, et enfin plus dures, sans que leur dureté soit cependant comme à l'état sain. Si, au contraire, la cavité formée par la carie est jaune, ces substances sont de la même couleur, mais leur tissu est plus mou et moins élastique dans une plus grande épaisseur ; le rayon corné a plus de dimension en largeur et moins en longueur, en raison de la carie dont la cavité finit par se confondre avec la cavité dentaire proprement dite, ou avec son canal.

(M. Duval, *Bul. de la Fac.*, 1809, t. II, p. 105.)

N° 54. — Série de sept dents, tache jaune du collet de la dent carie.

Série de sept dents, sur lesquelles on observe une tache jaunâtre située au collet, avec plus ou moins grande destruction de la substance osseuse, et perte de couleur, de transparence et de dureté de cette substance. Le rayon corné est très prononcé, dans toutes les dents, il s'étend toujours obliquement de la tache au canal dentaire. Cette espèce de carie devient très rarement noire, et est plus rapide dans ses progrès, que celle qui se manifeste à la couronne. Elle fait une excavation entre la racine et la couronne qui reste et se conserve saine, et finit par se séparer de la racine quand la carie est à son comble.

(M. Duval, *Bul. de la Fac.*, 1809, t. II, p. 106.)

N° 55. — Série de huit dents de lait, cariées à la couronne ou au collet.

Sur cette série de huit dents de lait, qui sont cariées à la couronne ou au collet on observe les mêmes résultats que dans les séries précédentes.

(M. Duval, *Bul. de la Fac.*, 1809, t. II, p. 107.)

N° 56. — Série de sept dents dont la couronne est plus ou moins usée, avec ou sans ossification du canal dentaire.

(M. Duval, *Bul. de la Fac.*, 1810, t. II p. 6.

N° 57. — Série de neuf dents dont la couronne est plus ou moins usée, avec ou sans ossification du canal dentaire.

M. Duval, *Bull. de la Fac.*, 1810, t. II, p. 6.

N° 58. — Série de huit dents de première dentition, qui sont tombées d'elles-mêmes ou étaient prêtes à tomber sans aucune trace de carie.

(M. Duval, *Bull. de la Fac.*, 1813, t. II, p. 381.)

N° 59. — Série de six dents, qui sont tombées d'elles-mêmes; ou étaient prêtes à tomber sans trace de carie.

M. Duval, *Bull. de la Fac.*, 1813, t. III, p. 381.)

N° 60. — Série de sept grosses dents molaires, dans la cavité desquelles se sont développées de petites productions osseuses.

(M. Duval, *Bull. de la Fac.*, 1812, t. III, p. 7.)

N° 61. — Modèle en plomb d'une exostose développée sur la racine d'une dent de sagesse.

Ce moulage en plomb, de dent, provient d'une femme d'environ 60 ans qui, depuis plusieurs années, souffrait de douleurs toujours croissantes à la troisième grosse molaire gauche de la mâchoire inférieure. La dent n'était point cariée ; elle n'était point sensible à la mastication, mais la douleur était cependant telle, que la malade insista pour qu'on en fit l'ablation.

La dent extraite ne présentait aucune lésion à la couronne, mais il existait, comme on le voit sur ce moulage, à la racine, une tumeur volumineuse ovoïde, longue de 18 millimètres et large de 12. La tumeur embrasse la racine postérieure de la dent ; elle se dirige en bas et en arrière, de sorte qu'elle se trouvait incluse dans l'épaisseur de la base de l'apophyse coronoïde. Il s'agit ici d'une exostose.

(M. Oudet, *Bull. de la Fac.*, t. VII, p. 369.)

N° 62. — Tableau contenant des anomalies et des lésions pathologiques diverses des dents.

Ce tableau contient une série de trente-six dents humaines reproduites par le moulage qui sont, les unes des reproductions d'anomalies diverses, les autres sont des exemples de lésions pathologiques. La plupart de ces dents, trente, sont relatives à des molaires, six seulement à des incisives.

N° 63. — Maxillaires supérieurs ; dent canine qui siége dans la moitié gauche de la voûte palatine.

Cette pièce provient d'un jeune sujet de 20 ans. Les seize dents existent au rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure. On constate à la voûte palatine, à gauche, près de la ligne médiane et du rebord alvéolaire, une dent canine qui a percé la voûte et venait faire saillie sous la muqueuse.

(Professeurs Marjolin et Rullier, *Bull. de la Fac.*, 1807. p. 140.)

N° 64. — Moitié latérale gauche du maxillaire inférieur ; petite molaire développée dans le maxillaire.

Sur cette moitié de maxillaire, la lame externe de tissu compacte a été enlevée, et on constate qu'il existe dans l'épaisseur de maxillaire, une petite dent molaire qui est complètement incluse et a une direction verticale.

(Professeur Marjolin et M. Rullier, *Bull. de la Fac.*, 1807, t. 1er, p. 140.)

N° 65. — Portion latérale droite du maxillaire inférieur ; dent molaire développée parallèllement au bord alvéolaire.

Sur cette portion de maxillaire inférieur droit, on constate qu'il existe dans le bord alvéolaire, parallèlement à ce bord, une dent molaire qui s'est développée dans ce bord, au-dessus du canal dentaire. La couronne de la dent touche à la racine de la dent voisine.

(Professeur Marjolin et M. Rullier, *Bull. de la Fac.*, 1807, t. 1er p. 140.)

N° 66. — Maxillaire inférieur ; excavation, suite de carie au niveau de la symphyse : elle contient une petite molaire.

Sur ce maxillaire qui appartient à un adulte, on constate qu'il existe, au niveau de la symphyse, une excavation suite de carie, qui a 2 centimètres de haut sur 2 de large. Dans cette excavation plonge une petite molaire, obliquement dirigée de gauche à droite, et qui a très-probablement déterminé la lésion osseuse.

(M. Oudet.)

CHAPITRE II

Lésions de l'œsophage.

Les pièces relatives aux lésions de l'œsophage sont au nombre de 27, du n° 74 au n° 101 inclusivement. L'œsophage est un conduit musculo-membraneux, destiné à donner passage aux aliments. Par la nature même de ses fonctions, il est exposé à deux ordres de lésions principales : à la présence de corps étrangers venus du dehors qui peuvent l'oblitérer plus ou moins complètement, et à des tumeurs qui prennent naissance dans l'épaisseur de ses parois, ou dans le voisinage, qui peuvent l'aplatir ou le perforer.

Les deux premières pièces, n°s 74 et 75, sont deux exemples de lésions congénitales relativement rares, dans lesquelles l'œsophage est interrompu et oblitéré à sa partie moyenne, au niveau de la bifurcation de la trachée-artère. Dans ces deux pièces, le bout inférieur de l'œsophage qui se rend à l'estomac, prend naissance dans la bifurcation de la bronche gauche, et, chez ces deux fœtus, le développement de tous les autres organes était régulier. Ces fœtus n'étaient point monstrueux comme le pensait Velpeau. La pièce n° 76 est un exemple rare de fausse membrane de l'œsophage.

Certains liquides, plus ou moins caustiques, ingérés dans l'estomac, peuvent déterminer des altérations de l'œsophage. Cinq pièces se rapportent à ce genre de lésions. Les pièces n°s 77 et 79 sont des exemples d'empoisonnement par l'acide nitrique; la pièce n° 78, par de l'eau de javelle; celle n° 80, par

une solution de potasse ; pour le n° 81, la nature du liquide est inconnue.

Neuf pièces sont relatives à des rétrécissements ou oblitérations de l'œsophage par des corps étrangers. Pour 3 pièces, n°s 82, 83 et 87, le corps étranger qui est volumineux, s'est arrêté à la partie supérieure de l'œsophage, et, pour deux spécialement, il a oblitéré à la fois, l'œsophage et le larynx : aussi, la mort par asphyxie a été immédiate. Pour six pièces, n° 84, 85, 86, 88, 89 et 90, le corps étranger s'est arrêté au niveau de la partie moyenne de l'œsophage.

Les pièces n°s 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100 et 101 sont des exemples de cancer de l'œsophage, et, pour un certain nombre, il s'est établi une communication entre l'œsophage et la trachée. La pièce n° 94 me paraît devoir être mentionnée particulièrement : il s'agit d'une tumeur cancéreuse qui, naissant loin du pharynx, a fini, néanmoins, par le perforer et pénétrer dans sa cavité. Le sommet de cette tumeur, s'est appliquée sur l'ouverture supérieure du larynx et a déterminé par sa présence dans ce point, l'asphyxie du malade.

N° 74. — Interruption complète de l'œsophage au niveau de sa partie moyenne.

Cette pièce a été prise sur une enfant du sexe féminin, âgée d'un jour, qui fut apportée le 6 août 1835, à l'hospice des Enfants Trouvés. Aussitôt après son entrée, cette enfant fut prise de vomissements fréquents ; elle rendait par la bouche des mucosités assez chargées de sang, pour faire dire aux sœurs qu'elle vomissait le sang. Le 7 août, jour où M. Padieu vit la petite malade, ces vomissements existaient encore : les mucosités rendues étaient spumeuses et teintes en rouge par du sang, la peau avait une teinte ictérique très-prononcée.

Le 8, mêmes vomissements, les téguments étaient froids, le pouls petit, la respiration gênée, la face légèrement bleuâtre. Les boissons avalées, le plus souvent étaient rejetées aussitôt, ou fort peu de temps après l'ingestion ; la mort a eu lieu dans la journée.

Autopsie. — L'enfant était bien conformée extérieurement. Le larynx et le pharynx étaient normaux ; l'œsophage, à environ 3 centimètres au-dessous du larynx, se termine en cul-de-sac et adhère à ce niveau, à la partie membraneuse de la trachée-ar-

tère, par un tissu cellulaire plus dense qu'à l'état normal. En examinant avec soin la fin de la trachée-artère, M. Padieu constata, au niveau de la bifurcation des bronches, une très petite ouverture oblongue facile à dilater, fermée par un grand nombre de plis dus aux différents tissus qui la circonscrivaient. Cette ouverture est l'orifice d'un conduit musculo-membraneux, qui n'est autre chose que le bout inférieur de l'œsophage qui naît comme une troisième bronche, de la bifurcation de la trachée-artère. Les fibres longitudinales de la trachée-artère, un peu plus saillantes qu'à l'état normal, se continuent avec celles de la partie inférieure de l'œsophage.

L'estomac était fort petit ; les parois étaient en contact ; il n'existait dans la cavité que des mucosités en médiocre quantité. L'intestin grêle avait un calibre peu considérable, le gros intestin aussi, était peu volumineux dans sa partie supérieure. Le colon descendant, l's iliaque et le rectum, étaient plus dilatés ; ils contenaient encore une certaine quantité de méconium. La longueur du canal intestinal était d'un peu plus de 2 mètres.

(M. Padieu, *Soc. anat.*, 1835, t. X, p. 95.)

N° 75. — Larynx, trachée et œsophage ; oblitération de l'œsophage à sa partie moyenne, ouverture du bout inférieur dans la trachée au niveau de sa bifurcation.

Cette pièce a été trouvée sur un enfant du sexe masculin, qui pesait 3 kilog. 500 et était en apparence bien constitué. Dès la première fois que l'enfant prit le sein, il eut, après quelques efforts de succion, un accès de suffocation accompagné du rejet de ce qu'il avait ingéré de lait. A chaque tentative d'allaitement les mêmes phénomènes se reproduisaient. Parfois, la suffocation était si accusée et la cyanose si intense, que les assistants pensaient que le petit malade allait succomber. L'enfant mourut au bout de six jours.

L'œsophage se termine en cul-de-sac à 0^m04 en dessous de l'orifice supérieur du larynx, et à 0^m02 au-dessus de la bifurcation de la trachée.

Le fond du cul de-sac œsophagien est à 0^m105 de la pointe de la langue ; mais, en exerçant une pression avec la sonde, comme pour l'enfoncer davantage, cette distance peut être portée à 0^m12. C'est cette dernière longueur que l'on avait obtenue par le cathétérisme pendant la vie. Cette portion de l'œsophage est remarquable par le développement de la couche musculaire : la paroi a une épaisseur de 0^m002. La cessation de ce conduit est brusque, il se perd dans un tissu cellulaire assez condensé, et paraît rattaché à la paroi postérieure de la trachée par quel-

ques faisceaux aplatis, et renfermant très-vraisemblablement des fibres musculaires

L'orifice du larynx est normal.

La trachée a l'apparence normale sous le rapport de son calibre, et de sa composition par des anneaux cartilagineux interrompus en arrière. Mais de son point de bifurcation, où elle émet les deux grosses bronches qui sont normales, on voit partir un conduit à parois minces, complétement membraneuses, qui suit la ligne médiane au-devant de l'aorte, et traverse le diaphragme pour s'ouvrir dans l'estomac au niveau du cardia. En introduisant une sonde par le larynx, on peut à volonté la conduire dans l'une ou l'autre bronche ou bien directement dans l'estomac.

L'insufflation par le larynx, distendait à la fois les poumons et l'estomac. Ce tube membraneux, étendu de la trachée au cardia, représente la partie inférieure de l'œsophage; la couche musculaire en est fort peu développée ; aussi les parois sont-elles beaucoup plus minces que celles du bout supérieur.

(M. Périer, *Soc. de chir.*, 3e série, t. II, p. 587.)

N° 76. — Fausse membrane de l'œsophage.

Cette fausse membrane provient d'une jeune fille de cinq ans; elle occupait la plus grande partie de l'œsophage. Cette fausse membrane a une longueur de 12 centimètres, son épaisseur est considérable, et elle présente des stries longitidunales parallèles à l'axe de ce canal.

(M. Guersant.)

N° 77. — Œsophage avec une portion de l'estomac; rétrécissement consécutif à un empoisonnement par l'acide nitrique.

Sur cette pièce, qui est sans renseignements, on constate qu'il existe un retrécissement très-notable, surtout de la moitié inférieure de l'œsophage. (Ce rétrécissement a été produit par un empoisonnement par l'acide nitrique, empoisonnement qui datait de plusieurs mois au moment de la mort du malade.)

La muqueuse de l'œsophage a été en grande partie détruite, et a sa place, existent de grandes érosions recouvertes d'un tissu cicatriciel qui a rétréci surtout le tiers inférieur de l'œsophage. A ce niveau, les parois du canal sont très dures, denses ; elles ont notablement augmenté d'épaisseur, tandis que la cavité qui n'est point dilatable admet à peine le passage d'une plume d'oie.

La muqueuse de l'estomac, sur certains points de cet organe, est détruite, et, à sa place, existe une cicatrice plissée; il semble

que cet organe, dont il n'existe qu'une partie, se soit contracturé.

(Professeur Jobert de Lamballe.)

N° 78. — Œsophage avec l'estomac; rétrécissement considérable de l'œsophage, consécutif à l'ingestion d'une certaine quantité d'eau de javelle.

Cette pièce provient d'une petite fille de huit ans, qui avala, tandis que ses parents ne la surveillaient pas, une quantité assez considérable d'eau de javelle. Elle fut prise de vomissements muqueux, puis alimentaires, mêlés de quelques stries de sang; pendant quinze jours elle ne vécut que de lait. Un peu plus tard, les aliments, quelque bien mâchés qu'ils fussent, ne passaient jamais sans peine, et étaient en grande partie rejetés aussitôt après leur déglutition. Cet état se continua un certain temps et elle mourut trois mois et demi après l'ingestion du liquide corrosif. L'enfant était réduit à l'état de squelette.

L'estomac a un très-petit volume, les parois en sont hypertrophiées et il existe des plis de la muqueuse qui sont parallèles au grand axe; ils sont très-accusés, saillants.

C'est dans l'œsophage que sont, en grande partie limitées les lésions. On constate que cet organe se rétrecit à 2 centimètres au-dessous du cartilage cricoïde. Le rétrécissement en ce point est déjà considérable, car la circonférence extérieure n'était plus que de 2 centimètres 1/2. Ce rétrécissement existe sur une longueur de 7 centimètres, et ne cesse qu'à 2 centimètres de l'orifice cardiaque. Dans toute cette étendue, le conduit œsophagien a une dureté considérable qui est due à l'épaississement des parois, qui mesurent 5 millimètres et ont une consistance fibreuse.

Le calibre du rétrécissement, dans toute cette étendue, pouvait à peine admettre un stylet de trousse.

La muqueuse a été en grande partie détruite, et, dans toute l'étendue du rétrécissement, on constate la présence de brides cicatricielles, presque annulaires, rappelant par leur disposition celles des anneaux de la trachée et des bronches. Ces brides sont d'une couleur blanche, et d'une grande consistance.

(M. Martineau, *Soc. anat.*, 1863, 2e série, t. VIII, p. 483.)

N° 79. — Larynx, œsophage et estomac; ulcération et rétrécissement de l'œsophage, par suite d'un empoisonnement par l'acide nitrique.

Cette pièce est sans renseignements, la nature du liquide qui a servi à l'empoisonnement seule est connue. On constate sur cet œso-

phage que la muqueuse ne commence à s'altérer qu'au niveau de la partie moyenne du cartilage cricoïde; à partir de ce point jusqu'au niveau de l'orifice cardiaque, elle est profondément altérée, mais la destruction est surtout profonde dans les deux tiers inférieurs de l'œsophage. Dans ce point on ne trouve plus que de petits débris de muqueuse isolés, et, dans les parties où elle est détruite, on constate l'existence à nu des fibres musculaires de l'œsophage qui est rétréci, moins extensible. La cicatrisation ne s'est point encore opérée, ce qui explique pourquoi le rétrécissement n'est pas plus considérable. L'estomac paraît normal.

(M. Follin, 1865.)

N° 80. — Larynx, œsophage et poumon; rétrécissement de l'œsophage par injection d'une solution de potasse.

Cette pièce provient d'un enfant de 15 ans qui avait bu, par mégarde, un verre de solution de potasse, qu'il avait vomi ensuite en grande partie.

Par suite, il se manifesta une dysphagie qui était arrivée à un tel degré, que ce jeune malade ne pouvait plus boire.

M. Demarquay vit le petit malade trois mois après, il passa une sonde ordinaire du n° 10, à l'aide de laquelle il put donner des aliments liquides à l'enfant; il procéda ensuite à la dilatation, ce qui permit au petit malade de s'alimenter assez facilement. Mais au bout d'un temps assez court, l'enfant ne pouvait plus avaler de nouveau, et il était impossible de passer les olives dilatatrices. Pendant le passage de l'olive la plus petite, l'enfant se plaignit de souffrir, il but néanmoins, et déclara qu'il sentait que les boissons passaient dans l'estomac. Il eut le soir de la fièvre et une pleurésie à droite.

On constate sur cette pièce qu'il existe un rétrécissement très considérable de l'œsophage, dont la muqueuse est en grande partie détruite. A droite se voit une perforation de l'œsophage qui communique avec le foyer d'une vaste pleurésie purulente. La communication est large, et peut recevoir une grosse sonde. M. Demarquay pense que dans ce cas il y avait un ramollissement de l'œsophage.

(M. Demarquay, *Bul. Soc. de chir.*, 1872, 2e série, t. VIII.)

N° 81. — Œsophage avec l'estomac; rétrécissement de l'œsophage.

Cette pièce est sans renseignements, mais, on constate qu'il existe un rétrécissement considérable de l'orifice cardiaque, qui a déterminé une dilatation très-accusée de la portion de l'œso-

phage située au-dessus. Cette dilatation remonte dans toute l'étendue de ce canal.

(M. Follin, 1865.)

N° 82. — Larynx avec la langue, la partie inférieure du pharynx: corps étranger du pharynx.

Cette pièce provient d'un homme qui était entré à l'hôpital pour une hémorrhagie cérébrale, dont il était convalescent. Il mangeait la demi-portion.

On constate sur cette pièce qu'il existe un énorme morceau de bœuf bouilli, qui est arrêté à l'orifice supérieur de l'œsophage et ferme en même temps l'orifice supérieur du larynx. L'asphyxie a été très-rapide. Le morceau de bœuf a environ neuf centimètres de hauteur sur cinq d'épaisseur. Il fait une saillie assez considérable dans le pharynx, de sorte que si l'on était arrivé à temps, il eût été facile de l'extraire.

(M. Fleury, *Soc. anat.*, 1836. t. XI, p. 140.)

N° 83. — Langue, larynx, pharynx et œsophage ; corps étranger arrêté à la partie supérieure de l'œsophage.

Cette pièce provient d'un idiot de Bicêtre, âgé de 27 ans. Il était d'une gloutonnerie remarquable, il ne mâchait pas le plus souvent les aliments qu'il mangeait. Un certain dimanche, pendant son repas, on s'aperçut que ce malheureux étouffait. L'interne de garde fut appelé ; mais six hommes vigoureux ne suffisaient pas à le maintenir, il serrait les mâchoires et empêchait toute exploration. Pendant ces efforts, ou pour mieux dire, cette lutte, il suffoquait davantage. On remarqua, au moment où M. Broca fut appelé, qu'il existait de l'emphysème dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région cervicale. On ne sentait rien au niveau de la trachée et de l'œsophage; le larynx n'était pas soulevé en avant, et l'exploration de ses parties latérales ne faisait reconnaître aucun corps étranger. Pourtant le malade avait de temps en temps des signes d'asphyxie.

On avait essayé de pratiquer le cathétérisme de l'œsophage par le nez, mais on pénétrait toujours dans la trachée. On en était immédiatement prévenu par l'issue de l'air de la sonde, et tous les signes qui accompagnent cette pénétration dans les voies aériennes. M. Broca eut alors l'idée de passer une sonde dans chaque narine. La première entra dans la trachée, la seconde dans l'œsophage; il ne sentit rien dans l'œsophage.

L'asphyxie allait en augmentant, et M. Broca n'avait aucune indication pour aller ouvrir l'œsophage dans la région cervicale.

il espérait que l'insensibilité déterminée par l'asphyxie, materait cette nature bestiale, et il se proposait d'ouvrir la trachée *in extremis*.

A onze heures du soir on vint prévenir en toute hâte M. Broca qui accourut : il était trop tard. Il ouvrit la trachée, mais le pauvre idiot ne put être rappelé à la vie.

L'estomac renfermait une masse énorme de pommes de terre tout entières, et, parmi elles, il y en avait du volume au moins d'un œuf.

On constate sur cette pièce, que le corps étranger est formé de deux morceaux de côtes (probablement de veau) réunis par l'espace intercostal. Le corps étranger est enclavé entre les deux lames du cartilage thyroïde, et occupe en partie l'ouverture de l'œsophage, en partie le pharynx ; il est plat, peu épais, circonstances qui expliquent pourquoi il ne refoulait pas la trachée en avant, et pourquoi on ne le sentait pas sur les parties latérales.

Le larynx est énorme, ce qui étonne peu, quand on songe que depuis plusieurs années, Auguste ne cessait de crier, et les muscles sont très-développés.

Enfin, il est une circonstance qu'il importe de signaler : contrairement à ce qui arrive ordinairement dans de semblables circonstances, l'inspiration était plus facile que l'expiration. Auguste a toujours refusé de rien avaler, depuis le moment de son accident jusqu'à sa mort.

(Professeur Broca, *Soc. de chir.*, 1861, 2e série, t. II p. 698.)

N° 84. Larynx, trachée et œsophage ; corps étranger osseux de l'œsophage.

Cette pièce provient d'un homme de 62 ans, qui disait avoir avalé, la veille de son entrée à l'hôpital, un os de bœuf en buvant du bouillon à la cuiller. Le malade se plaint d'une douleur derrière le sternum, qui s'irradie vers le dos. La déglutition des aliments solides était impossible, mais le malade pouvait boire facilement. La sonde œsophagienne et le panier de Graëfe rencontraient le corps étranger, mais le franchissaient facilement. Ce malheureux vécut onze jours avec des alternatives de déglutition plus ou moins prononcées, même des liquides. Ce corps étranger déterminait si peu d'accidents que l'on crut par moments qu'il avait été rendu. Cette erreur de diagnostic pouvait s'expliquer par l'absence de tout signe physique permettant d'affirmer la présence du corps étranger. Les signes rationnels étaient quelquefois aussi presque nuls. Cet individu est mort de pleuro-pneumonie.

Sur cette pièce l'œsophage a été incisé verticalement ; à sa face postérieure, on constate qu'il existe à cinq centimètres de l'ouverture supérieure de l'œsophage, un fragment osseux placé ver-

ticalement et accolé à la face antérieure du conduit. Ce fragment osseux présente une face lisse appliquée contre la paroi, et une face rugueuse regardant vers la cavité. Sa forme est triangulaire. Un des angles est dirigé en haut, les deux autres regardent à droite et à gauche. L'angle droit extrêmement aigu, a perforé l'œsophage, et cette perforation, qui a la largeur d'une pièce de 20 centimes, est limitée par des bords ramollis, graisseux, sphacélés. L'extrémité anguleuse de l'os répond à ce niveau, à un petit foyer bien limité, doublé d'un détritus gangreneux, et situé au niveau de la troisième vertèbre dorsale. Il n'y avait aucune infiltration des parties voisines, et la complication thoracique qui a amené la mort du malade, n'a pas été produite directement par les lésions du côté de l'œsophage.

Il est une particularité importante à noter, c'est que la pointe anguleuse qui a amené la perforation de l'œsophage n'est séparée de la crosse de l'aorte que par une faible épaisseur de tissu cellulaire. Notons encore les dimensions relativement considérables de ce fragment osseux qui, mesure 32 millimètres de haut en bas et 30 millimètres transversalement.

(M. Duplay, *Soc. de chir.*, 1874, 3e série, t. III, p. 509.)

N° 85. — Portion inférieure des bronches avec l'œsophage et l'aorte corps étranger de l'œsophage, ulcération de l'aorte.

Cette pièce provient d'un soldat qui était entré à l'hôpital du Gros-Caillou, pour une pleuro-bronchite. Tout-à-coup il est pris de vomissements de sang; des caillots furent d'abord expulsés, puis du sang pur. Il y eut quelques évacuations de même nature par l'anus, et le malade est mort avec tous les signes d'une hémorrhagie interne incoercible.

On constate sur cette pièce, au niveau de la bifurcation des bronches, au commencement de la portion descendante de l'aorte, qu'il existe dans l'œsophage un os plat, à bords irréguliers et tranchants. La forme de cet os se rapproche de celle d'un carré, qui mesure 0m025 de côté; les bords de cet os se sont creusé une ulcération dans la muqueuse de l'œsophage, ses bords présentent plusieurs arêtes. Cet os paraît avoir appartenu à la poitrine d'un dindon, ou d'un animal semblable. Une sonde cannelée introduite par ce pertuis conduit au niveau des parties ulcérées de l'œsophage. C'est par là qu'a eu lieu l'hémorrhagie.

(M. Bousquet, *Soc. anat.*, 1877 4e série, t. II, p. 317.)

N° 86. — Œsophage et aorte; corps étranger de l'œsophage; pièce de cinq francs, ulcération de l'aorte; hémorrhagie.

Cette pièce provient d'un homme qui, après s'être livré à des

excès de boisson, en voulant plaisanter, avala une pièce de cinq francs. Ce corps étranger s'arrêta dans l'œsophage, au niveau de la partie moyenne. Par son séjour prolongé, il ulcéra ce conduit, et perfora l'aorte dans le point où ce vaisseau est en rapport avec l'œsophage. Le sujet succomba rapidement à un vomissement de sang.

On constate sur la pièce, que le corps étranger est encore, en grande partie, dans l'œsophage qu'il a ulcéré, mais que, par sa circonférence, il touche l'aorte, qui est rompue au niveau de ce point, et cela dans près de la moitié de son diamètre. Des caillots volumineux entouraient la double perforation.

(Professeur Denonvilliers, *Soc. de chir.*, t. VI, p. 319.)

N° 87. — Larynx avec le pharynx ; corps étranger arrêté à la partie inférieure du pharynx et qui a déterminé la carie des cartilages arytenoïde et crocoïde.

Cette pièce des plus intéressantes, a été trouvée sur un cuirassier. Cet homme était atteint d'un catarrhe bronchique, dont l'invasion remontait à cinq mois. Le malade était très incommodé pendant la nuit, moins dans la journée. Le 23 janvier, en mangeant la soupe, il éprouva tout à coup, à la région pharyngienne, une vive douleur accompagnée d'un sentiment violent de strangulation; il a la conscience d'avoir avalé un os. Amené de suite à l'hôpital, la respiration était difficile, la face violacée, l'anxiété extrême, et la suffocation imminente; les mouvements de la déglutition sont douloureux et presque impossibles. Le malade indique du doigt le point douloureux, l'endroit du pharynx ou de l'œsophage, où il suit le corps étranger. Celui-ci paraissait libre, puisqu'il se faisait sentir tantôt dans un point, tantôt dans un autre, à des hauteurs qui variaient entre elles de 3 centimètres.

M. Denonvilliers, dans son rapport, observe avec raison que ce corps étranger devait être immobile, qu'il suivait seulement les mouvements du pharynx dans les efforts convulsifs de vomissement. On fit plusieurs tentatives infructueuses pour l'extraction de ce corps. Au bout de quelques jours, la douleur locale étant devenue moins vive et moins circonscrite, le malade ne pouvait préciser où il sentait le corps étranger arrêté. Le malade reste dans cet état pendant un mois. Le chirurgien en chef de l'hospice militaire, se croyant en droit de nier l'existence d'un corps étranger, et croyant avoir affaire à une phthysie laryngée, évacue le malade sur un autre hôpital, et, le 26 mars, après avoir mangé quelques pruneaux, le malade ressent une douleur violente qui semble descendre le long de l'œsophage. Après quelques efforts, il rend au milieu d'aliments non encore digérés,

un os triangulaire, à angles rugueux et chagrinés, présentant à une de ses faces une saillie de deux lignes, mince, rugueuse, et occupant toute sa largeur. Les dimensions de cet os sont telles que, deux de ses côtés offrent chacun un pouce d'étendue, et le troisième huit lignes.

Pendant les quinze jours qui suivirent, l'état du malade paraissait de plus en plus satisfaisant ; mais les douleurs se réveillerent, et le 4 avril, il mourut dans un état voisin du marasme.

A l'autopsie on reconnut que le corps étranger s'était logé à la partie inférieure du pharynx et un peu à droite. Aujourd'hui sur la pièce il se trouve replacé dans le lieu qu'il occupait pendant la vie. Les cartilages arythénoïdes et la partie postérieure du cricoïde sont cariés; ils forment le fond d'une vaste ulcération ouverte dans le pharynx. Du côté du larynx, la muqueuse s'est épaissie. Une ulcération analogue occupait la paroi postérieure du pharynx, et avait mis le corps étranger en rapport avec la colonne vertébrale. Il avait détruit les ligaments vertébraux correspondants, et s'était creusé une fossette de deux lignes de profondeur aux dépens des deux vertèbres voisines et du fibro-cartilage intermédiaire.)

(M. Grellois, *Soc. anat.*, 1835 p. 121)

N° 88. — Langue, larynx, trachée et œsophage; corps étranger de l'œsophage sans obstruction de ce conduit.

Cette pièce provient d'un homme de 27 ans, qui, très probablement, n'avait point eu connaissance d'avoir avalé un corps étranger. Dans les premiers jours d'avril 1872, il fut pris d'une toux légère. La toux augmenta, la voix devint rauque; en même temps que s'accroissait la gêne de la respiration, ce malade se voyait menacé de suffocation. La déglutition ne paraissait point gênée.

Le malade faisait entendre un véritable cornage, l'inspiration était extrêmement difficile, tandis que l'expiration était facile.

On constate dans l'œsophage, au-dessous du cartilage cricoïde, une excavation dans laquelle est un corps étranger, qui offre, pour la forme et le volume, une grossière ressemblance avec un os palatin. Cet os est maintenu en place par les irrégularités de sa surface. La cavité ainsi constituée, laisse libre le canal œsophagien, et repousse en avant la paroi postérieure de la trachée. Cette perméabilité de l'œsophage, jointe à l'absence de commémoratif, devait faire méconnaître la lésion initiale, point de départ des accidents asphyxiques.

La portion cervicale de la trachée décrit une légère courbe à concavité tournée à droite; sa paroi postérieure, fait à ce niveau, dans le canal aérien, une saillie notable du volume d'une noi-

sette, oblongue longitudinalement, et qui arrive presque au contact de la paroi antérieure. Cette saillie provient du refoulement de l'œsophage par le corps étranger, et a dû presque obstruer la lumière de la trachée à ce niveau.

(M. Cauchois, *Soc. anat.*, 1872, 2e série, t. XVII, p. 447.)

N° 89. — Larynx avec l'œsophage et le corps thyroïde; corps étranger de l'œsophage, perforation d'une branche de l'artère thyroïdienne inférieure.

Cette pièce provient d'une femme de 70 ans. Elle racontait que, huit jours avant son entrée à l'hôpital, en mangeant, elle avala un os dont elle ne pouvait déterminer la grosseur. A son entrée, elle se plaignait seulement d'un peu de gêne quand elle faisait des mouvements de déglutition, mais sans préciser de siége à cette gêne.

En explorant avec la main la région du cou, et pressant sur l'œsophage de chaque côté, on ne déterminait aucune douleur. On supposa donc que, s'il y avait un corps étranger, il devait se trouver dans la portion thoracique de l'œsophage. En l'absence de symptômes graves, on remit à plus tard l'exploration avec la sonde; mais bientôt la malade est prise d'une hematemèse et de selles sanguines qui l'emportèrent au bout de peu de temps.

On trouve dans l'œsophage qui a été verticalement divisé, un fragment d'*os*, long de 3 centimètres et épais de 3 millimètres environ, placé en travers, au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde. Cet os a perforé par ses deux extrémités les parois latérales de l'œsophage de chaque côté, et se trouve de cette façon horizontalement placé, divisant le calibre de l'œsophage en deux portions, l'une antérieure, l'autre postérieure. L'une des extrémités de l'os se termine par une pointe aiguë; l'autre est épaisse de 3 millimètres, mais dentelée. Elles sont engagées à une profondeur de 1 à 5 millimètres dans les ulcérations qu'elles ont produites.

En disséquant les parties voisines, on trouve que les lobes latéraux du corps thyroïde sont tous les deux adhérents par leur face interne aux parois latérales de l'œsophage, à l'endroit des ulcérations. Elles y sont réunies par un tissu épaissi, induré, qui a été le siége d'inflammation pendant la vie. On voit aussi que le corps thyroïde lui-même, forme le fond des ulcérations de l'œsophage, et touche les extremités du fragment osseux. De plus, en disséquant les artères thyroïdiennes, on voit qu'une des branches de la thyroïdienne inférieure du côté droit, se rend au tissu cellulaire enflammé qui joint le corps thyroïde à l'œsophage, à l'endroit de la perforation. A partir de ce point, on ne peut plus la suivre; mais en y introduisant un stylet, il a été facile de voir que, sans effort aucun, le stylet pénétrait pour ainsi dire

de lui-même dans la perforation de l'œsophage. C'est ce qui rend compte de l'hémorrhagie, due à l'ulcération de cette branche artérielle.

(MM. Houel et Pilate, *Soc. anat.*, 1867, 2e série, t. XII, p. 648.)

N° 90. — Petite croix qui a été extraite de l'œsophage; à l'aide du panier de Græfe.

Cette petite croix a été enlevée de l'œsophage d'un enfant de 7 ans, à l'aide du panier de Græfe. L'enfant, en jouant, étant poursuivi par ses camarades et voulant pousser un cri, avait avalé la croix qu'il avait eu l'imprudence de mettre dans sa bouche.

(M. Léon Calvo, *Union méd.*, 1867, p. 531.)

N° 91. — Modèle en cire de l'œsophage et de l'estomac; perforation de l'œsophage.

Sur cette représentation en cire, on constate que la partie inférieure de l'œsophage a subi une dilatation assez considérable, et qu'il existe plusieurs perforations qui font communiquer ce canal avec une poche kystique qui est située sur le côté, à deux centimètres environ de l'orifice cardiaque.

(Prof. Hallé, *Bul. Fac.*, 1808, p. 41, 42 et 61.)

N° 92. — Larynx avec la trachée et l'œsophage; rétrécissement de la partie supérieure de l'œsophage par un sarcome.

Cette pièce provient d'un médecin âgé de 59 ans, qui tenta, à deux reprises différentes, de se suicider, avec du laudanum de Rousseau et avec des pilules de morphine. Cinq mois après, en août 1861, il s'aperçut qu'il avait de la difficulté à avaler, et était souvent obligé de se lever de table pour cracher les aliments qu'il avait avalés. A la fin de février 1862, le rétrécissement et le spasme étaient tels, qu'il ne pouvait avaler une goutte d'eau: il entre à la maison de santé et succombe quelques jours après, le 3 mars.

L'œsophage enlevé avec la trachée, on constate qu'aucune tumeur ne venait comprimer leur calibre. L'œsophage a été fendu sur sa ligne médiane postérieure, et on voit que, depuis l'anneau cricoïdien jusqu'à son entrée dans l'estomac, la muqueuse ainsi que les parois du canal sont saines, si ce n'est quelques arborisations vasculaires, traces légères d'une subinflammation occasionnée par le cathétérisme. Le calibre du canal, régulier dans toute sa longueur, paraît un peu diminué par suite de l'abstention de tout passage des aliments.

Au niveau du cartilage cricoïde, c'est-à-dire à la partie où commence l'œsophage, s'observe un rétrécissement circulaire, d'une hauteur de 3 centimètres 1/2, si considérable, qu'un tuyau de porte-plume a du mal à le franchir. Les parois, au niveau de cet étranglement, sont fortement épaissies ; au toucher, elles donnent la sensation du tissu squirrheux ou cartilagineux. C'est sur les parties latérales qu'elles revêtent surtout leur plus grande épaisseur. La muqueuse sous-jacente est blanchâtre : elle a l'apparence du tissu cicatriciel, et offre des plis longitudinaux analogues et fort comparables à ceux qu'on observe au rectum, au niveau du sphincter anal.

Immédiatement au-dessous de ce rétrécissement et en dehors du canal œsophagien, entre lui et la trachée, à gauche, et dans le tissu cellulaire qui les sépare, existait une vaste traînée purulente qui s'étendait jusqu'au médiastin antérieur. Le nerf récurrent, compris dans les parois de ce kyste purulent, paraissait avoir été comprimé. Son névrilème était fortement injecté. Enfin il n'y a aucune trace de communication de cette cavité purulente soit avec la trachée, soit avec l'œsophage.

L'examen microscopique du rétrécissement, pratiqué par M. Luys, a montré ce qui suit :

« Le tissu morbide se présente sous l'aspect d'une plaque lardacée, de coloration blanc jaunâtre. La muqueuse du larynx, au niveau des bords de cette plaque, présente un aspect sanieux foncé, quelques bourgeonnements et une vascularisation médiocre.

« Une incision verticale, intéressant toute l'épaisseur du produit morbide, révèle qu'il est constitué par un tissu blanc grisâtre, consistant, peu vasculaire.

« Au niveau de la portion médiane, le tissu est presque complétement fibroïde, et rappelle l'aspect du tissu squirrheux proprement dit. Les éléments histologiques que l'on y a rencontrés consistent en une forte proportion de cellules de tissu conjonctif en voie de prolifération. Les unes contiennent des noyaux doubles, triples ; d'autres offrent dans leurs parois un développement insolite d'éléments fusiformes qui sont disposés en couches concentriques, et qui, çà et là, passent à l'état de fibres libres et indépendantes. Dans les régions qui sont relativement les plus anciennes comme date, les éléments conjonctifs sont pressés les uns à côté des autres, et complétement condensés en tissu fibroïde.

(M. Demarquay, *Soc. de chir.*, 1862, 2e série, t. III, p. 151.)

N° 93. — Larynx avec la trachée et l'œsophage ; rétrécissement fibreux de la partie supérieure de l'œsophage.

Sur cette pièce qui est sans renseignements, on constate que

la partie supérieure de l'œsophage est le siége d'un rétrécissement très-notable. Ce rétrécissement, qui paraît être de nature fibreuse, occupe une hauteur de 3 centimètres 1/2 environ. L'œsophage, à ce niveau, a 4 à 5 millimètres de diamètre; les parois en sont denses et épaisses, et ce canal se dévie assez fortement à gauche. Le reste de l'œsophage est normal, son calibre en général est diminué, et la muqueuse présente des plis longitudinaux.

(M. Follin, 1865.)

N° 94. — Langue, larynx, pharynx et œsophage; tumeur cancéreuse du cou, qui est venue faire saillie à la partie inférieure du pharynx qu'elle a perforé.

Cette pièce provient d'un homme de 45 ans, qui, un an avant sa mort, s'était aperçu de l'existence d'une tumeur qui siégeait sur le côté droit du cou. Elle était indolente, ce qui a fait que le malade s'en est peu préoccupé. Au moment où il est entré dans le service de M. Velpeau, cette tumeur avait près de 4 centimètre dans son diamètre transversal, et 6 dans le vertical; elle occupait tout le côté gauche du cou et faisait une saillie très-considérable sous la peau, qui n'était point altérée.

Cette masse morbide était mollasse, comme fongueuse plutôt que fluctuante; elle avait refoulé le larynx à gauche, et cet organe se trouve sur la pièce, un peu situé en dehors de l'axe du corps. L'artère carotide primitive était refoulée à droite. En abaissant fortement la langue, on apercevait, outre plusieurs petites tumeurs irrégulières, une masse assez volumineuse, globuleuse, mamelonnée et qui occupait la partie antérieure du côté gauche du pharynx et paraissait tenir à l'épiglotte. La couleur de cette tumeur était d'un gris violacé. Enfin, on sentait une troisième tumeur qui était située plus bas et qui présentait les mêmes caractères que les précédentes. Quand on pressait avec un doigt les tumeurs du gosier, et avec la main celles du cou, on reconnaissait qu'elles étaient dans une dépendance mutuelle.

Ces masses que l'on soupçonna être de nature encéphaloïde, ne faisaient point souffrir le malade, mais compromettaient immédiatement ses jours par la gêne toute mécanique qu'elles apportaient dans l'accomplissement des fonctions de la respiration. La compression qu'elles exerçaient sur la trachée et l'œsophage, mettait incessamment le malade dans le danger de mourir par manition ou par suffocation. Il y avait trois semaines environ que les accidents avaient commencé à paraître, et depuis ce moment ils ont, sans cesse augmenté d'intensité. Le malade ne pouvait plus avaler, ne respirait qu'avec peine et d'une manière bruyante.

Pour prolonger le plus possible la vie du malade, M. Velpeau fait injecter tous les jours du bouillon dans l'estomac au moyen d'une sonde œsophagienne.

L'état du malade continuant à s'aggraver, la gêne de la respiration devint extrême et il succomba.

On constate sur la pièce, qu'il n'existait qu'une seule tumeur à plusieurs bosselures, formée de tissu encéphaloïde ramolli. Cette tumeur est placée sur le côté du pharynx, dans le tissu cellulaire lâche qui sépare cet organe de la colonne vertébrale ; elle a perforé la paroi droite du pharynx, et a envoyé dans son intérieur un prolongement considérable. Cette prolongation est à peu près du volume et de la forme d'un petit œuf, elle constitue la tumeur que l'on sentait avec le doigt, dans le fond de la cavité buccale. Elle est placée immédiatement au-dessus de l'épiglotte, de manière à fermer complètement l'ouverture du larynx. De plus, par sa position dans le pharynx, elle oblitère le passage des aliments de la bouche dans l'œsophage ; cette tumeur ne tient presque plus avec le reste de la masse, et est sur le point de s'en détacher. Elle n'adhère nullement par sa base à l'ouverture pharyngienne qu'elle a pratiquée. Cette ouverture est faite comme par un emporte-pièce, les bords et les parties voisines, ne présentent pas la moindre trace de dégénérescence. Les autres organes étaient sains.

(Professeur Jarjavay, *Soc. anat.*, 1846, t. XXI, p. 44.)

N° 95. — Larynx, trachée et œsophage : ulcération cancéreuse de la partie supérieure de l'œsophage.

Sur cette pièce, qui est sans renseignements, on constate qu'il existe à la partie supérieure antérieure et un peu latérale gauche de l'œsophage, une vaste ulcération profonde, longue de 4 centimètres, large de 1 centimètre 1/2, et qui était très-probablement de nature épithéliale.

(M. Follin, 1865.)

N° 96. — Œsophage ; cancer épithélial de la partie moyenne de l'œsophage.

Cette pièce est sans renseignements. Il existe au niveau de la partie moyenne de l'œsophage, une tumeur épithéliale qui s'est développée dans l'épaisseur de cet organe. La masse cancéreuse ulcérée, forme à l'intérieur du canal qu'elle rétrécit, un champignon considérable, au niveau duquel la muqueuse est en grande partie détruite. La tumeur n'occupe point toute la circonférence de l'œsophage, elle laisse intact environ 1 centimètre 1/2 de

largeur ; il est probable que c'est à cette cause qu'est due l'absence de dilatation de la partie supérieure de ce canal.
(M. Thibault, 1842.)

N° 97. — Larynx avec la partie supérieure de l'œsophage; ulcération épithéliale de l'œsophage, communication avec la trachée-artère.

Cette pièce provient d'un homme de 63 ans. Huit jours avant sa mort il fut pris de dysphagie très-prononcée : lorsqu'il voulait avaler la moindre parcelle d'aliments solides ou liquides, il était pris d'une toux convulsive qui l'obligeait à rejeter tout ce qu'il cherchait à avaler.

On constate sur cette pièce qu'il existe à la partie supérieure de l'œsophage un rétrécissement assez considérable, causé par une altération, très-probablement épithéliale, de la muqueuse des parois de ce canal. Cette ulcération présente environ 4 centimètres de diamètre en tous sens. A son centre existe une perforation de la portion membraneuse de la trachée-artère, perforation assez régulièrement circulaire et large de 1 centimètre environ; elle établit à ce niveau une communication entre l'œsophage et la trachée.
(Professeur Gosselin, *Soc. anat.*, 1838, p. 164.)

N° 98. — Larynx avec la partie supérieure de l'œsophage et de la trachée-artère ; cancer épithélial de l'œsophage, perforation de la trachée.

Cette pièce provient d'un homme de 65 ans, qui a présenté comme symptômes : l'impossibilité d'avaler les aliments, des regurgitations constantes, avec une douleur vive au niveau de la fourchette du sternum. La mort est survenue à la suite d'une bronchite généralisée.

On constate sur cette pièce, que la portion de l'œsophage qui correspond au larynx et à l'origine de la trachée est détruite dans toute sa circonférence; il existe une vaste ulcération. La tumeur première a disparu; il existe à ce niveau, une cavité dont la paroi antérieure est formée par la face postérieure du larynx, et la postérieure par la région musculo-aponévrotique prévertébrale. La trachée est ulcérée; elle présente deux perforations séparées par une petite bandelette de parties molles. Cette lésion résulte d'un épithélioma qui, selon toute probabilité, a débuté par l'œsophage.
(M. Coyne, *Soc. anat.*, 1871, 2me série, t. XVI, p. 134.)

N° 99. — Larynx avec la trachée et l'œsophahe ; cancer épithélial de l'œsophage, perforation de la trachée-artère.

Sur cette pièce, on constate à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de l'œsophage, une vaste ulcération épithéliale de la muqueuse œsophagienne ; cette ulcération, qui occupe toute la circonférence de l'œsophage, a cinq centimètres de hauteur. Dans certains points, la tumeur produit des végétations exubérantes, dans d'autres elle a creusé des excavations, au sein desquelles s'observent deux petites perforations, dont l'une communique dans la trachée un peu au-dessus de la bifurcation. La seconde perforation communique avec la partie supérieure de la bronche gauche; elle est la plus étendue, quoiqu'elle n'ait environ que deux ou trois millimètres de diamètre.

(M. Follin, 1855.)

N° 100. — Larynx, trachée-artère et œsophage ; vaste ulcération épithéliale qui communique dans la trachée.

Sur cette pièce qui est sans renseignements, on observe à la partie inférieure du tiers supérieur de l'œsophage, une vaste ulcération qui occupe toute la circonférence de ce canal; elle a 6 centimètres de hauteur, et, à son fond, existe une large perforation de la partie membraneuse de la trachée qui a 3 centimètres 1/2 de haut sur deux de large. On se demande comment la vie a été possible avec une pareille altération.

(M. Saussier, 1853)

N° 101. — Œsophage ; cancer épithélial qui s'étend jusque dans la bronche gauche.

Cette pièce provient d'un homme de 70 ans, qui présentait tous les signes rationnels d'un rétrécissement par un cancer de l'œsophage. Le rétrécissement permettait difficilement le passage d'une olive de 8 à 10 millimètres de diamètre. On éprouvait, en pratiquant le cathétérisme, deux résistances: la première au niveau du larynx; la seconde trois centimètres plus bas. Ce malade mourut dans un accès de dyspnée.

On constate sur cette pièce une vaste ulcération épithéliale circulaire de 10 centimètres de diamètre, qui siège vers la partie moyenne de l'œsophage, dans le point où ce canal est coupé par la bronche gauche, qui est envahie par la production morbide qui forme une végétation à son intérieur. Les ganglions bronchiques étaient sains.

M. Verette. *Soc. anat.*, 1875, 3e série, t. X, p. 559.)

CHAPITRE III

Lésions de l'estomac

Les pièces relatives aux lésions de l'estomac sont au nombre de quatre-vingt-une, du n° 102 au n° 181 inclusivement. Mais il est nécessaire, pour leur classement, d'établir un certain nombre de subdivisions ou d'articles, qui répondront chacun à un ordre de faits distincts, et faciliteront ainsi les recherches au milieu de ces lésions si multiples. Je classerai donc ces diverses lésions en sept articles, à savoir :

Art. 1er. Anomalies de forme et perforations traumatiques de l'estomac.

Art. 2. Ulcères simples, chroniques de l'estomac.

Art. 3. Polypes de l'estomac.

Art. 4. Lésions de l'estomac, suite d'inflammation.

Art. 5. Lésions de l'estomac, suite d'empoisonnement.

Art. 6. Corps étrangers de l'estomac.

Art. 7. Lésions cancéreuses de l'estomac.

ARTICLE PREMIER.

ANOMALIES DE FORME ET LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ESTOMAC.

Les anomalies de forme de l'estomac, sans autre lésion de cet organe, ne sont point très-rares : elles consistent presque toujours dans un étranglement au niveau de la partie moyenne, ce qui donne à l'estomac une forme en bissac. Le Musée ne renferme cependant de cet ordre de lésions, que deux pièces en cire n^os^ 102 et 103. Il sera facile de compléter cette lacune.

Trois pièces, n^os^ 104, 105 et 106, se rapportent à une perforation traumatique de l'estomac : la première est la pièce naturelle, les deux autres sont des représentations en cire de cette intéressante lésion. Cette pièce, aujourd'hui légendaire, est très intéressante par suite des observations physiologique, qu'à cette époque elle a permis de faire.

Deux autres pièces, n^os^ 107 et 108, sont très-remarquables au point de vue de la spécifité de la lésion. Il s'agit de taches noires et d'ulcération de la muqueuse de l'estomac, observées chez des individus atteints de pustules malignes. Quelle relation existe-t-il entre l'affection spécifique et ces taches ? C'est ce qu'il est encore difficile de déterminer. La pièce en cire n° 107 déposée par le professeur Chaussier, a été considérée par lui comme un exemple de pustule maligne de la muqueuse de l'estomac. Quant à la pièce n° 108 du professeur Verneuil j'ai cru devoir en rapporter l'observation avec d'assez grands détails, en renvoyant à l'observation qui est très-complète et publiée dans la *Gazette hebdomadaire*.

N° 102. — Modèle en cire d'un estomac bilobé.

On constate, sur ce modèle en cire, un vice de conformation de l'estomac. Cet organe, fortement rétréci circulairement au niveau de sa partie moyenne, est bilobé comme un bissac, et les deux

parties ont une capacité à peu près égale. L'œsophage s'abouche dans l'estomac sur le rétrécissement même, de manière qu'il n'y a ni grande ni petite courbure. Chacun des lobes de cet organe étant sphérique, un des lobes se trouve situé entre l'œsophage et le pylore, et l'autre à droite de l'ouverture œsophagienne. Cette disposition n'est pas celle que l'on observe ordinairement dans les rétrécissements de l'estomac.

(Professeur Chaussier, 1805.)

N° 103. — Modèle en cire d'un estomac bilobé.

Sur cette représentation en cire, on a figuré que l'estomac était divisé en deux lobes par une dépression très-considérable, perpendiculaire à son axe. Ce rétrécissement siége à l'union du grand cul-de-sac avec le petit. A la face externe du grand cul-de-sac, existent les traces d'une inflammation qui a déterminé une érosion à laquelle participent les deux séreuses correspondantes, à savoir: celle de l'estomac et la séreuse qui recouvre le diaphragme. Dans ce dernier point les fibres diaphragmatiques sont à nu.

(Professeur Chaussier, *Bul. de la Fac.*, t. I. p. 182.)

N° 104. — Portion latérale gauche du thorax avec l'estomac. Fistule de l'estomac.

Cette pièce provient d'une femme de 40 ans, la nommée Gorse, qui a été observée à l'hôpital de la Charité, dans la salle de clinique du professeur Corvisart, où elle est morte le 9 nivôse an x, après six mois de séjour.

Il existait une ouverture fistuleuse ovalaire, longue de plus de 15 millimètres, et large de plus de 30. Cette fistule est située au bas de la poitrine, à la partie supérieure et gauche de la région épigastrique. Cette ouverture permettait de voir l'intérieur de l'estomac, qui, vide d'aliments, paraissait d'un rouge vermeil, enduit de mucosités, hérissé de rides ou de replis élevés de 5 à 6 lignes, et de distinguer les ondulations vermiculaires qui agitaient ces replis et toutes les parties de l'organe accessibles à la vue.

Dix-huit ans auparavant, cette malade était tombée sur le seuil d'une porte; le coup avait porté sur l'épigastre: l'endroit frappé resta douloureux, et la malade dès lors ne put se tenir ni marcher que courbée en avant et sur le côté gauche. A la fin de ce long intervalle, une tumeur phlegmoneuse, oblongue, se manifesta sur le point lésé: au milieu des nausées et des vomissements qui survinrent, cette tumeur s'abcéda, et, par la plaie qui résulta de

sa rupture, s'échappèrent deux pintes d'un liquide que la malade venait de boire pour se procurer quelque soulagement.

Depuis lors, la fistule qui d'abord eût à peine admis le bout du petit doigt, s'élargit chaque jour: elle donnait seulement issue aux boissons; mais au huitième mois, les aliments commencèrent à passer et continuèrent ainsi jusqu'à la mort.

A son entrée dans l'hospice, la femme Gorée mangeait autant que trois femmes du même âge, rendait par jour une pinte d'urine, et n'allait à la selle qu'une seule fois tous les trois jours. Trois ou quatre heures après le repas, un besoin irrésistible forçait cette malheureuse femme d'enlever la charpie et les compresses dont elle couvrait sa fistule, et de donner issue aux aliments que l'estomac pouvait contenir. Ils sortaient promptement, et l'on voyait en même temps des gaz s'échapper avec bruit et en quantité variable. (Je renvoie pour la partie physiologique de cette observation, au *Traité de physiologie* de Richerand et Bérard, t. I, p. 281, 10e édition.)

La fistule s'étend du cartillage de la septième côte gauche, jusqu'à la hauteur de l'extrémité osseuse de la sixième. Les bords en sont arrondis, épais de 8 millimètres; l'ouverture cutanée présente dans son pourtour une dépression blanche, un peu irrégulière, qui est la cicatrice de l'abcès phlegmoneux. Le centre de l'ouverture offre des plis rayonnés et nombreux, produits par la muqueuse stomacale qui s'infléchit de dedans en dehors pour venir adhérer à la peau, ce qui fait que tout le trajet fistuleux est tapissé d'une véritable muqueuse. La muqueuse de l'estomac est hérissée de rides ou de plis élevés de 4 à 5 millimètres qui convergent pour la plupart vers la fistule.

(Professeur Corvisart, *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. XXXV, p. 37, 1802.)

N° 105. — Modèle en cire du tronc de la jeune fille précédente; fistule de l'estomac.

Ce modèle en cire représente la plus grande partie du tronc de la nommée Gorée, avec l'orifice fistuleux de l'estomac, à travers lequel on voit cet organe qui est d'un rouge vermeil avec de nombreux replis.

(Professeur Corvisart, *Dict. des sciences médicales*, t. XXXV, p. 37, 1802.)

N° 106. — Modèle en cire de l'estomac et de la partie du tronc qui l'avoisine, pièce n° 104; fistule de l'estomac.

Cette représentation en cire de la pièce n° 104 est destinée à

montrer l'adhérence de l'estomac aux parois abdomi
adhérence qui est circulaire, a 6 centimètres de di
commence à 5 centimètres au dessus et un peu à gau
pendice xyphoïde.

(Professeur Corvisart, *Dict. des Sciences médicales*
p. 37, 1802.)

N° 107. — Modèle en cire d'un estomac; pustule

Sur cette représentation en cire de l'estomac, on a
face antérieure près du pylore, du côté de la muqueus
ration inégalement arrondie, de 15 à 18 millimètres; l
sont dentelés: la muqueuse est détruite dans un espa
de 2 centimètres. Il existait dans l'estomac des muco
tres; l'ulcération, qui était recouverte d'une couenne
circonscrite par une auréole légèrement saillante, et
naissait, par un examen attentif que, dans toute cette
ne restait plus que la membrane péritonéale, qui était
perforée au centre. L'étiquette de cette pièce porte que
avait considéré cette lésion comme une pustule maligne
dans les renseignements publiés dans sa thèse, se c
dire qu'il semblait que cette ulcération fût le résultat
tion gangréneuse escarotique.

(Professeur Chaussier, thèse de M. Morin, 1806, n°

**N° 108. — Estomac d'un individu affecté de pustule
taches gangreneuses de la face interne de l'estom**

Cette pièce me paraît mériter un grand intérêt; au
propose de rapporter ici la plus grande partie de l'ob
Il s'agit d'une femme de 64 ans qui avait été piquée
gauche par une mouche. Une petite douleur révéla la
de l'insecte, qui s'envola aussitôt. Il survint bientôt
ampoule entourée de rougeur et de gonflement, qui fire
grès incessants. Au bout de 24 heures le bras gauche a
de volume, et le gonflement arrivait jusqu'au cou.

La rougeur s'arrêtait vers le coude, mais elle étai
plus intense que l'on s'approchait de la région carp
nombreuses phlyctènes occupaient la face postérieure
bras. La pustule maligne était située au point où la p
été faite par la mouche, au niveau de l'angle de rencont
mier et du deuxième métacarpien: elle se reconnaissa
ractères suivants: tache d'un brun foncé, circulaire, la
millimètres environ, entourée d'un liseré plus pâle qui
son tour sur la rougeur vive qui l'environnait. L'esc

insensible. Jusqu'à quelques millimètres de profondeur, toute la surface de la main avait perdu également beaucoup de sa sensibilité : il n'y avait aucun doute sur la nature du mal; il s'agissait d'une pustule maligne qui fut vivement cautérisée avec le fer rouge. Vers le troisième jour, l'état général qui était déjà mauvais au bout de 48 heures, ne s'améliora point. A la suite de la cautérisation le soir même, il y avait de l'assoupissement, les mains étaient froides, le pouls radial petit, avec des douleurs assez vives dans le ventre ; l'état du membre s'était peut-être au contraire amélioré.

Le lendemain qui était le début du quatrième jour, le pouls radial était à peine sensible: il y avait de l'oppression, de la dyspnée, la malade se plaignait de douleurs abdominales qui étaient intenses autour de l'ombilic, la tuméfaction du bras avait diminué, l'état local paraissait encore meilleur. La malade mourut dans la journée, c'est-à-dire cinq jours après la piqûre.

La cavité abdominale qui pendant la vie avait été le siége de douleurs vives, fut examinée avec soin ; elle ne renfermait point de liquide, il n'y avait point de trace de péritonite. Les intestins présentaient par place une coloration livide; à leur intérieur existait une matière brunâtre, poisseuse, d'assez mauvaise odeur; cette matière recouvrait presque complètement la surface de la muqueuse, elle ressemblait à du sang altéré. Le lavage l'entraînait assez facilement en certains points, mais ailleurs elle paraissait combinée avec la couche épithéliale.

L'estomac était sain à l'extérieur, mais à la face interne dans une étendue grande comme la paume de la main, existe une coloration noirâtre, sans tuméfaction, sans saillie, qui résiste au lavage et à l'action de gratter; elle occupe toute l'épaisseur de la muqueuse. Cette coloration affecte l'aspect réticulaire, c'est-à-dire que des portions de muqueuse saine, apparaissent dans les intervalles des bandes noires, qui sont larges de près de 1 centimètre, et anastomotées entre elles. Sur le bord de plusieurs de ces bandes, se voit un petit sillon blanchâtre qui semble révéler un travail d'élimination commençant. A une certaine distance de ce réseau gangréniforme, on observe une petite élevure de 7 à 8 centimètres de diamètre, convexe, très-noire et qui mesure environ 4 millimètres d'épaisseur. La cavité stomacale renfermait un peu de liquide muqueux, sale et visqueux, mais non livide et brunâtre comme l'intestin.

(Professeur Verneuil, *Gazette hebdomadaire*, 1857, t. XL, p. 368.)

Article 2.

ULCÈRES SIMPLES OU CHRONIQUES DE L'ESTOMAC

Les perforations dites spontanées de l'estomac, sont le plus généralement occasionnées par des ulcères simples chroniques ou aigus. Cette lésion a surtout été bien décrite par le professeur Cruveilhier dans une excellente monographie publiée dans son *Traité d'Anatomie pathologique*, 10e livraison, pl. 5 et 6.

Le Musée renferme vingt et une pièces d'ulcères simples de l'estomac, du n° 109 au n° 129 inclusivement. Le siège de l'ulcération est des plus variables : sept siègent à la petite courbure de l'estomac, n°s 109, 118, 122, 123, 124, 125 et 126 ; quatre à la face postérieure, n°s 111, 112, 119 et 120; cinq au niveau du grand cul-de-sac, n°s 114, 115, 116, 117 et 121 ; un à la face supérieure ou antérieure de l'estomac, n° 128.

Sur neuf pièces, n°s 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116 et 117, l'ulcère est en voie de progression. Sur cinq pièces, n°s 118, 119, 124, 135 et 126, l'ulcère est en voie de cicatrisation. Sur sept pièces, n°s 120, 121, 122, 123, 127, 128 et 129, les ulcères simples de l'estomac sont cicatrisés.

Pour trois de ces pièces, il est indiqué que l'individu est mort d'hémorrhagie : une fois par ulcération de l'artère splénique, n° 112, deux fois par ulcération de l'artère coronaire stomachique, n°s 124, 125.

Malgré la perforation complète de l'estomac, dans l'ulcère chronique, l'épanchement des liquides ne se fait point toujours dans la cavité de l'abdomen, c'est même un fait exceptionnel. Le plus souvent l'estomac contracte des adhérences avec les organes voisins qui bouchent la perforation. Sur les deux pièces n°s 114 et 115, c'est la rate qui bouche l'orifice ; sur la pièce n° 115, c'est le diaphragme ; sur la pièce n° 116, c'est à la

fois le diaphragme et le foie ; sur les pièces nos 122, 123, 127, 128, c'est le foie seul ; sur les deux pièces nos 120 et 126, c'est le pancréas, enfin sur la pièce n° 117, c'est le sternum. Sur cette dernière pièce, l'ulcère étant encore en progression au moment de la mort, on remarque que le caractère ulcéreux de la lésion s'est propagé jusqu'au sternum, dont la surface interne est devenue rugueuse, inégale. Sur la pièce n° 116 par suite d'adhérence du foie et du diaphragme, et de l'ulcération progressive de ces organes, il s'est établi des trajets fistuleux, qui conduisaient les matières contenues dans l'estomac jusque dans la cavité thoracique.

N° 109. — Estomac ; ulcère simple chronique de l'estomac.

Cette pièce provient d'une femme de 31 ans. Aucun symptôme n'avait fait prévoir cette lésion qui a été trouvée à l'autopsie.

L'estomac présente à sa face supérieure, près de la petite courbure une perforation à peu près circulaire, sans induration des bords de l'ouverture. La destruction est un peu plus étendue du côté de la muqueuse que de la séreuse. Il n'existe aucuns renseignements sur cette pièce.

(Professeur Rostan, 1835.)

N° 110. — Modèle, d'après le procédé Thibert, d'un ulcère simple de l'estomac.

Cette pièce paraît avoir été assez mal exécutée.

N° 111. — Estomac ; ulcère simple chronique de l'estomac.

Cet estomac présente à sa face inférieure une perforation à bords un peu irréguliers, d'un diamètre d'environ 1 centimètre. Cette lésion, sur laquelle on n'a aucun renseignement, ne présente aucune trace d'induration sur les bords de la perforation, qui sont perpendiculaires, sans obliquité sur l'une ou l'autre des deux faces de l'estomac.

(Professeur Cruveilhier, 1839.)

N° 112. — Estomac ; ulcère simple chronique ; hémorrhagie mortelle résultant de l'ulcération de l'artère splénique.

Cet estomac provient d'un jeune homme de 18 ans, étudiant

en médecine, qui était tombé sans connaissance dans la rue. M. Verneuil, témoin de cet accident, le fit immédiatement transporter à l'hôpital de la Charité, mais il était mort lorsqu'il y arriva. Les seuls renseignements que l'on put obtenir, c'est que ce jeune homme présentait depuis longtemps des symptômes de gastralgie.

A l'autopsie, on trouva l'estomac distendu par une quantité considérable de caillots sanguins. A la face postérieure de l'estomac, au-dessous du cardia, existe un ulcère arrondi, ayant environ l'étendue d'une pièce de cinq francs. Les bords de cette ulcération ne sont point indurés, ni taillés à pic, ils n'adhèrent point immédiatement aux tissus sous-jacents, ils avancent au delà des points adhérents, et il en résulte au-dessous d'eux, une espèce de rigole ou de godet. Les ganglions ne présentaient aucune altération.

Le fond de l'ulcération est bouché par la rate et le pancréas. Supérieurement existe une ouverture artérielle, à bords déchiquetés, située sur le tronc même de l'artère splénique : c'est par cette ouverture que s'est faite l'hémorrhagie qui a été rapidement mortelle. Les tuniques artérielles paraissent avoir été détruites peu à peu, sous l'influence de l'altération, avant que de se rompre.

(M. Luton, *Soc. anat.*, 1858, 2me série, t. III, p. 338.)

N° 113. — Estomac; ulcère simple chronique de l'estomac.

Sur cette pièce, qui est sans renseignements, on constate qu'il existe une perforation de l'estomac qui est située près de l'œsophage. Cette perforation a à peine un centimètre de diamètre, les bords de l'estomac, à ce niveau, sont très-minces et sans induration. Le reste de l'organe, qui est sensiblement dilaté, a des parois un peu hypertrophiées.

(M. Husson, *Bul. de la Fac.*, t. VII, p 98.)

N° 114. — Estomac; vaste ulcère simple chronique du grand cul-de-sac de l'estomac.

Cette pièce est sans renseignements; on constate qu'il existe un ulcère simple chronique, qui a détruit la majeure partie du grand cul-de-sac de l'estomac. La perforation a six centimètres d'étendue dans tous les sens, elle est sans trace d'inflammation, ni d'induration des bords. Cette pièce a été trouvée chez un jeune sujet qui est mort phthisique, et il est probable que, peu-

dant la vie, cette large perte de substance était bouchée par la rate.

(M. Beauchêne, *Bul. de la Fac.* 1840, p. 37.)

N° 115. — Estomac; modèle en cire d'un vaste ulcère simple chronique de la portion splénique de l'estomac, qui était bouché par le diaphragme.

Sur cette pièce en cire, on constate une large perforation du grand cul-de-sac de l'estomac, ayant 11 centimètres de diamètre vertical et 7 d'avant en arrière Cette large ouverture était fixée contre le diaphragme, et lui adhérait par des bords épais et irrégulièrement frangés. Lorsqu'on détruisit les adhérences, il s'échappa de l'estomac une grande quantité de liquide visqueux, et l'on trouva, dans ce point, le diaphragme très-vasculaire. Les parois de l'estomac sont minces, un peu vascularisées. Cette pièce a été trouvée sur une femme morte quelques jours après l'accouchement.

(M. Morin, thèse, 1808, n° 108.)

N° 116. — Modèle en cire, du foie, de l'estomac et de la rate; vaste ulcère simple chronique de la grosse tubérosité de l'estomac.

Modèle en cire d'un estomac qui a été trouvé sur le cadavre d'une femme morte en couches. L'extrémité splénique de l'estomac présente une large ouverture d'environ 10 centimètres dans le sens vertical, et 5 dans la direction de la grande courbure.

Cette énorme ouverture s'étend depuis le bord antérieur de la rate jusqu'au niveau de l'orifice œsophagien, et correspond au foie et au diaphragme qui lui adhéraient. Sur cette préparation, le foie est soulevé et placé à distance, ce qui permet de voir que la portion de cet organe qui adhérait à la perforation de l'estomac, est dénudée de sa tunique péritonéale, ainsi que le diaphragme qui présente quatre fissures oblongues, constituées par les faisceaux charnus de ce muscle, faisceaux entre lesquels existent autant de communications avec la cavité du thorax. Aussi, à l'autopsie, on trouva dans la poitrine une partie des liquides que l'on avait donnés à la malade. La rate présente en outre, à sa face externe, des fausses membranes.

(M. Morin, thèse, 1806, n° 108.)

N° 117. — Estomac avec une portion du sternum; ulcère simple chronique de l'estomac, perforation bouchée par le sternum.

Cette pièce provient d'une femme de 81 ans qui est morte à

la Salpétrière. L'estomac présente à sa partie antérieure, dan voisinage de sa grande courbure et à quatre travers de d du pylore, une perforation qui a environ la grandeur d'une pi de cinq francs. Les bords de l'ulcération adhèrent au sternum, à partie inférieure; ils sont aplatis, peu épais; le sternum, au niv de la perforation, présente également une usure de sa face inter il est érodé.

(M. Barth., *Soc. anat.*, 1851, t. XXVI, p. 69.)

N° 118. — Estomac bilobé ; ulcère simple chronique de la petit courbure, en voie de cicatrisation.

Sur cet estomac qui est sans renseignements, mais qui a ouvert suivant sa grande courbure, on constate qu'il existe rétrécissement très-notable de l'estomac, au niveau de sa par moyenne. L'estomac est manifestement bilobé, et les deux lobes s à peu près de la même capacité. Au niveau de la partie rétré sur le bord postérieur, on constate qu'il existe une ulcérati de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, ulcération d le fond déprimé est en voie de cicatrisation.

N° 119. — Estomac; ulcère simple chronique en voie de cicatrisation.

Sur cette pièce existe une vaste cicatrice, très-probableme suite d'un ulcère chronique, située sur la paroi postérieure l'estomac. L'ulcération présente une figure oblongue, ovalair elle a neuf centimètres dans son plus grand diamètre et cinq dans plus petit. Les tuniques, muqueuse et musculeuse, ont été grande partie détruites, en sorte que la cicatrice, très-mine est limitée par un cercle saillant, arrondi, formé par les parti saines. L'estomac n'est pas sensiblement dilaté.

(Professeur Cruveilhier, 1838.)

N° 120. — Estomac ; ulcère simple chronique cicatrisé.

Sur cet estomac, existe une large cicatrice qui est située à face postérieure : elle est oblongue, irrégulière, de 7 centimètr dans son grand diamètre, et 4 dans son plus petit. Cette cicatri repose entièrement sur le pancréas qui est venu boucher l'orifice le fond de la cicatrice est lisse, d'un blanc nacré. L'estomac sai qui la limite, offre des bords saillants, renversés en dedans. C organe est considérablement dilaté et hypertrophié.

(M. Louis.)

N° 121. — Portion de l'estomac avec la rate ; ulcère simple chronique cicatrisé.

Sur cette portion d'estomac qui correspond à la grosse tubérosité, on constate l'existence d'une ulcération qui a environ 3 centimètres de diamètre dans tous les sens. Cette ulcération a détruit toute l'épaisseur des parois de l'estomac, les bords en sont cicatrisés, et la perte de substance était bouchée par la rate qui était devenue adhérente. La rate a été incisée verticalement pour montrer la perforation.

N° 122. — Estomac ; ulcère simple chronique cicatrisé.

Sur cet estomac, on constate l'existence d'une cicatrice ovalaire, d'un ulcère simple chronique de l'estomac, qui siège sur la face antérieure, près de la petite courbure. La cicatrice repose sur le foie, auquel elle adhère et qui est venu boucher la perte de substance. L'estomac est en outre notablement dilaté, et les tuniques sont hypertrophiées.
(M. Briquet, 1844.)

N° 123. — Estomac ; ulcère simple chronique cicatrisé.

Estomac sur lequel on observe une large cicatrice, suite d'ulcère simple chronique, occupant la face supérieure, près de la petite courbure. Les bords de cette cicatrice qui a 5 centimètres de long sur 3 de large, sont limités par l'estomac sain, qui forme un bord saillant et renversé du côté de la cicatrice. Le fond repose sur le foie, auquel il adhère fortement.
(M. Briquet, 1844.)

N° 124. — Estomac ; ulcère simple chronique en partie cicatrisé ; hémorrhagie par l'artère coronaire.

Sur cette pièce, on constate qu'il existe une vaste ulcération oblongue de l'estomac, située près de la petite courbure. Cette ulcération, qui est en grande partie cicatrisée, a 5 centimètres 1/2 dans son plus grand diamètre et 4 dans le plus petit. Au-dessous des bords existe une rigole circulaire qui, dans certains points, a de 2 à 3 millimètres. Près d'un des bords, s'observe une perforation d'une des branches de l'artère coronaire, dans laquelle on a passé un tube en verre, et qui a donné lieu à une hémorragie qui a

la Salpêtrière. L'estomac présente à sa partie antérieure, dans le voisinage de sa grande courbure et à quatre travers de doigt du pylore, une perforation qui a environ la grandeur d'une pièce de cinq francs. Les bords de l'ulcération adhèrent au sternum, à sa partie inférieure; ils sont aplatis, peu épais; le sternum, au niveau de la perforation, présente également une usure de sa face interne; il est érodé.

(M. Barth., *Soc. anat.*, 1851, t. XXVI, p. 69.)

N° 118. — Estomac bilobé ; ulcère simple chronique de la petite courbure, en voie de cicatrisation.

Sur cet estomac qui est sans renseignements, mais qui a été ouvert suivant sa grande courbure, on constate qu'il existe un rétrécissement très-notable de l'estomac, au niveau de sa partie moyenne. L'estomac est manifestement bilobé, et les deux lobes sont à peu près de la même capacité. Au niveau de la partie rétrécie, sur le bord postérieur, on constate qu'il existe une ulcération de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, ulcération dont le fond déprimé est en voie de cicatrisation.

N° 119. — Estomac; ulcère simple chronique en voie de cicatrisation.

Sur cette pièce existe une vaste cicatrice, très-probablement suite d'un ulcère chronique, située sur la paroi postérieure de l'estomac. L'ulcération présente une figure oblongue, ovalaire: elle a neuf centimètres dans son plus grand diamètre et cinq dans le plus petit. Les tuniques, muqueuse et musculeuse, ont été en grande partie détruites, en sorte que la cicatrice, très-mince, est limitée par un cercle saillant, arrondi, formé par les parties saines. L'estomac n'est pas sensiblement dilaté.

(Professeur Cruveilhier, 1838.)

N° 120. — Estomac ; ulcère simple chronique cicatrisé.

Sur cet estomac, existe une large cicatrice qui est située à la face postérieure : elle est oblongue, irrégulière, de 7 centimètres dans son grand diamètre, et 4 dans son plus petit. Cette cicatrice repose entièrement sur le pancréas qui est venu boucher l'orifice. le fond de la cicatrice est lisse, d'un blanc nacré. L'estomac sain qui la limite, offre des bords saillants, renversés en dedans Ce organe est considérablement dilaté et hypertrophié.

(M. Louis.)

N° 121. — Portion de l'estomac avec la rate ; ulcère simple chronique cicatrisé.

Sur cette portion d'estomac qui correspond à la grosse tubérosité, on constate l'existence d'une ulcération qui a environ 3 centimètres de diamètre dans tous les sens. Cette ulcération a détruit toute l'épaisseur des parois de l'estomac, les bords en sont cicatrisés, et la perte de substance était bouchée par la rate qui était devenue adhérente. La rate a été incisée verticalement pour montrer la perforation.

N° 122. — Estomac ; ulcère simple chronique cicatrisé.

Sur cet estomac, on constate l'existence d'une cicatrice ovalaire, d'un ulcère simple chronique de l'estomac, qui siège sur la face antérieure, près de la petite courbure. La cicatrice repose sur le foie, auquel elle adhère et qui est venu boucher la perte de substance. L'estomac est en outre notablement dilaté, et les tuniques sont hypertrophiées.
(M. Briquet, 1844.)

N° 123. — Estomac ; ulcère simple chronique cicatrisé.

Estomac sur lequel on observe une large cicatrice, suite d'ulcère simple chronique, occupant la face supérieure, près de la petite courbure. Les bords de cette cicatrice qui a 5 centimètres de long sur 3 de large, sont limités par l'estomac sain, qui forme un bord saillant et renversé du côté de la cicatrice. Le fond repose sur le foie, auquel il adhère fortement.
(M. Briquet, 1844.)

N° 124. — Estomac ; ulcère simple chronique en partie cicatrisé ; hémorrhagie par l'artère coronaire.

Sur cette pièce, on constate qu'il existe une vaste ulcération oblongue de l'estomac, située près de la petite courbure. Cette ulcération, qui est en grande partie cicatrisée, a 5 centimètres 1/2 dans son plus grand diamètre et 4 dans le plus petit. Au-dessous des bords existe une rigole circulaire qui, dans certains points, a de 2 à 3 millimètres. Près d'un des bords, s'observe une perforation d'une des branches de l'artère coronaire, dans laquelle on a passé un tube en verre, et qui a donné lieu à une hémorragie qui a

N°129. — Estomac, ulcères simples multiples cicatrisés, chez un enfant.

Cette pièce provient d'un enfant de 11 ans, qui avait, pendant trois ans, présenté des troubles nerveux fréquents de l'estomac, avec vomissements plus ou moins répétés. Les douleurs s'irradiaient souvent de la partie droite de l'épigastre à tout le ventre. A deux reprises différentes, deux mois avant la mort, il y a eu des selles sanguinolentes très-foncées, et l'enfant, très-maigri, mourut subitement à la suite d'une hématémèse considérable.

L'estomac est le siége de lésions remarquables et tout à fait insolites ; il mesure 27 centimètres en longueur et 15 en hauteur. Au-dessous du cardia, sur la face postérieure, existe une déchirure demi-circulaire de 1 centimètre 1/2 de long, par laquelle s'échappait une matière mélanique analogue à celle que l'on a trouvée dans le péritoine ; cette déchirure, évidemment produite par les efforts de vomissement, a été la source de l'hématémèse, et c'est par elle que l'épanchement s'est fait dans l'abdomen. L'estomac ouvert et débarrassé du sang qu'il contenait, on constate que, tout près du cardia, sur la paroi postérieure existe une plaque arrondie, de la largeur d'une pièce d'un franc présentant les caractères d'une cicatrice ancienne. La surface de cette cicatrice, du côté de la cavité stomacale, est légèrement cupuliforme, lisse, dépourvue de muqueuse, d'un gris blanchâtre avec quelques tractus à reflet nacré. Les bords très-légèrement sinueux sont nettement arrêtés, et distincts par leur dureté, du reste de la paroi dans laquelle la cicatrice est enchâssée. Cette plaque est épaisse de 3 à 4 millimètres, et d'une dureté coriace rappelant à la coupe la couenne du lard. C'est sur sa partie droite, à son union avec la muqueuse saine, que s'est produite la déchirure demi-circulaire dont nous avons parlé.

Sur la petite courbure se voient trois autres plaques semblables, un peu moins grandes, mais plus épaisses, et comme cachées au fond d'anfractuosités formées par les replis hypertrophiés de la muqueuse, que l'on est obligé d'écarter pour les bien voir.

Sur la grande courbure, à partir du pylore, existe une cinquième plaque plus épaisse encore, oblongue, mesurant 1 centimètre dans le sens de la grande courbure et 2 centimètres dans le sens antéro-postérieur. Elle fait face aux trois plaques que nous avons notées sur la petite courbure. Ces cicatrices ont la même dureté, le même aspect de bords et de surface que la première ; sur aucune d'elles on ne rencontre d'ulcération ni de solution de continuité. Elles rétrécissent toute la région droite de l'estomac, mais surtout en deux points. En effet, il existe à 5 centimètres du pylore et au pylore lui-même, un double rétrécissement qui admet avec peine l'extrémité du petit doigt, et paraît produit par

la rétraction des cicatrices et aussi par l'hypertrophie des parois dont il nous reste à dire un mot.

L'hypertrophie porte sur tout l'organe; mais elle va en augmentant de la grosse tubérosité où les parois ont à peu près le double de l'épaisseur normale, vers le pylore, où elles atteignent une épaisseur de 8 à 10 millimètres : de sorte que l'épaississement des tuniques et la dureté des cicatrices, donnent à ce point l'apparence d'une tumeur squirrheuse. Mais l'examen microscopique ne laisse aucun doute sur la nature de ces altérations.

Différentes coupes permettent de voir très-nettement :

1° Un développement exagéré des glandes de la muqueuse, dont le volume est doublé et même triplé. La membrane propre, l'épithélium, les vaisseaux prennent part à ce développement et se présentent avec leurs autres caractères normaux, sans dégénérescence d'aucune sorte;

2° Une hyperplasie considérable des fibres-cellules qui se trouvent mêlées surtout dans le voisinage des cicatrices, à une certaine proportion de fibres lamineuses et élastiques;

3° La structure des plaques cicatricielles, dont la surface est complètement dépourvue de muqueuse, qui sont constituées surtout par du tissu fibroïde, et se confondent dans leur partie profonde avec la couche musculaire.

Ainsi nulle part autre chose que les éléments normaux hyperplasiés.

L'hypertrophie porte surtout sur la muqueuse et la tunique musculaire.

(M. Barthez, *Soc. anat.*, 1861, 2e série, t. X, p. 62.)

Article 8.

POLYPES DE L'ESTOMAC.

Cet article comprendra dix pièces qui ne se rapportent pas toutes à la même lésion, mais que j'ai cru néanmoins devoir rapprocher les unes des autres, du n° 130 au n° 139 inclusivement.

Les deux premières pièces de cet article, n°s 130 et 131, sont deux exemples de végétations polypiformes de la muqueuse de l'estomac. Les pièces 132, 133, 134, 135, 136 et 137 sont des

exemples de polypes vrais; sur les pièces nos 135 et 137, les polypes très-volumineux et allongés pouvaient venir s'engager dans l'orifice pylorique et l'obturer complètement. La même disposition pouvait s'observer sur la pièce n° 132, le polype peu volumineux étant inséré près de l'orifice pylorique.

La pièce n° 138 est un exemple de tumeur fibreuse située en dehors de l'estomac, près de sa petite courbure, et le n° 139 un exemple de tumeur calcaire du péritoine, située sous l'estomac auquel elle adhère.

N° 130. — Estomac; végétations polypiformes multiples.

On constate sur cette pièce que toute la muqueuse de l'estomac est couverte de nombreuses végétations, du volume d'une lentille environ, d'un aspect cellulo-fibreux, pédiculées pour la plupart. Ces tumeurs, qui soulèvent la muqueuse dans les couches profondes de laquelle elles prennent naissance, sont le résultat d'une hypertrophie des villosités. Dans quelques points, on en apperçoit de très-petites en quelque sorte rudimentaires.
(Prof. Cruveilhier, 1835.)

N° 131. — Estomac; végétations polypiformes multiples.

Cet estomac provient d'une femme adulte; il était depuis longtemps affecté d'inflammation chronique. L'estomac est légèrement hypertrophié et sa muqueuse, surtout au niveau de la grosse tubérosité, est couverte de nombreuses petites tumeurs polypiformes, pédiculées. Quelques-unes de ces tumeurs renflées en massues à leur extrémité libre, sont même tuberculeuses. Ces tumeurs sont formées par l'hypertrophie des papilles de l'estomac.
(Prof. Vulpian, 1870.)

N° 132. — Estomac d'une femme de 83 ans; polype de l'estomac qui s'engageait dans l'orifice pylorique.

Polype peu volumineux et pédiculé de l'estomac, très-vasculaire, d'apparence érectile, implanté au-dessus et à peu de distance de la valvule pylorique. M. Barth pense qu'il pouvait s'engager dans l'orifice pylorique et l'obstruer momentanément. Dans le

point correspondant à l'insertion du pédicule, la couche musculaire est sensiblement hypertrophiée.

Ce polype a été trouvé sur le cadavre d'une femme de 88 ans, qui est morte d'une double pneumonie. Pendant la vie il n'avait occasionné aucune gêne, aussi son existence n'avait point été soupçonnée.

(M. Barth, *Soc. anat.*, 1849, p. 17.)

N° 133. — Estomac; polype muqueux.

Sur cet estomac on observe deux polypes muqueux, pédiculés, très-vasculaires, et situés près de la petite courbure. L'un de ces polypes a le volume d'un gros pois, l'autre celui d'un haricot. Leur base, qui est libre au lieu d'être lisse, est hérissé d'un grand nombre de petits filaments qui sont constitués par les villosités de la muqueuse. La présence de ces tumeurs n'avait été révélée pendant la vie par aucun symptôme appréciable.

(M. Caron, *Soc. anat.*, 1855, t. XXX, p. 84.)

N° 134. — Portion d'estomac; végétation papilliforme de la petite courbure.

Sur cette pièce d'origine inconnue, on constate l'existence d'une végétation papilliforme non ulcérée de la muqueuse de l'estomac, pédiculée, du volume d'une grosse noix. Cette végétation siége à la face inférieure de l'estomac, près de la petite courbure, et a la plus grande analogie avec celles que l'on a décrites chez les ivrognes.

N° 135. — Estomac; polype volumineux qui s'engageait dans le duodenum.

Ce polype a été observé sur une nommée Marie-Catherine Lefebvre, âgée de 69 ans, mariée et mère de plusieurs enfants. Cette femme avait eu pendant le cours de sa vie différentes indispositions, mais qui ne peuvent être rapportées à la maladie à laquelle elle a succombé. Quelques mois avant sa mort, cette femme était sujette à une diarrhée, dont les retours, devenus plus fréquents, la forcèrent d'entrer à l'hôpital.

Cette malade avait à cette époque éprouvé, par intervalles, des vomissements de matières muqueuses, qui ne se renouvelèrent plus; l'abdomen était légèrement douloureux dans plusieurs points, mais surtout à la région épigastrique et vers la fosse iliaque du côté droit. Les selles étaient très-fréquentes et souvent

involontaires, l'amaigrissement augmentait ; la langue devint sèche et brune, les dents se couvrirent d'un enduit fuligineux ; le pouls était petit et très fréquent, la peau aride et chaude. Cette femme succomba après un mois de séjour à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Husson.

Autopsie : il existait de nombreuses ulcérations de la muqueuse de l'intestin grêle, à bords irréguliers, taillés à pic. L'estomac parut un peu moins grand qu'il ne l'est ordinairement. Vers la moitié de sa longueur, il était resserré, comme légèrement étranglé. Incisé sur son bord abdominal, il offrit une tumeur polypeuse, fort remarquable. Ce polype naît de la petite courbure près de l'orifice œsophagien; il a environ 17 centimètres de longueur sur 3 centimètres 1/2 de largeur : il est cylindroïde, se prolonge jusque dans l'orifice pylorique, et fait dans la cavité du duodenum une saillie d'environ 4 centimètres. Dans le point correspondant à la valvule pylorique, il est légèrement resserré.

Cette tumeur est recouverte par la muqueuse de l'estomac, de couleur normale jusque vers le sommet où elle a pris, dans l'étendue de 9 centimètres, une teinte violacée et brunâtre. A première vue, cette tumeur parut avoir quelque ressemblance avec les tumeurs érectiles veineuses ; mais en l'examinant attentivement, Breschet reconnut que la teinte rouge foncée dépendait probablement de la stase du sang.

A quelque distance de cette tumeur, on existe une seconde du volume d'un gros pois : les diverses tuniques de l'intestin sont notablement hypertrophiées. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, cette malade n'a présenté aucun symptôme qui ait pu faire supposer à M. Husson l'existence d'une lésion de ce genre.

(M. Husson, *Bull. de la Fac.*, t. V., p. 376.)

N° 136. — Dessin à l'aquarelle du polype de l'estomac précédent.

(M. Husson, *Bull. de la Fac.*, t. V, p. 376.)

N° 137. — Estomac ; polype fibreux qui s'engageait dans le duodenum.

Estomac, sur la face interne duquel existe un long appendice cylindroïde, fibro-celluleux, et recouvert par la muqueuse. Ce polype a 17 centimètres de long et 1 centimètre 1/2 environ d'épaisseur. Cet appendice, de la forme d'un pénis, est implanté à 2 centimètres de l'orifice pylorique et peut, en raison de sa position, s'engager profondément dans le duodenum. Il a la plus grande ressemblance avec la pièce n° 135 ; mais il a été impos-

sible de se procurer des renseignements sur ce fait intéressant.
(Professeur Breschet, *Bull. de la Fac.* t. VII, p. 264.)

N° 138.— Estomac ; tumeur fibreuse développée à la face postérieure et près de la petite courbure de l'estomac.

Sur cette pièce qui est sans renseignements, on constate l'existence d'une tumeur de nature fibreuse, du volume de la tête d'un fœtus à terme, développée à la face postérieure de l'estomac, près de la petite courbure, et faisant saillie sous le péritoine. A l'intérieur de cette tumeur, qui est légèrement pédiculée, existent de vastes alvéoles, qui contenaient un liquide sanguinolent. L'estomac est volumineux.
(M. Demeaux, 1841.)

N° 139. — Estomac ; tumeur fibro-calcaire du péritoine, située sous l'estomac.

Sur cette pièce on observe une tumeur du volume d'une orange ; elle est mamelonnée à sa surface et paraît avoir pris son origine dans le péritoine. Cette tumeur est adhérente par un petit pédicule à la petite courbure de l'estomac, au-dessous duquel elle est située. L'estomac est très-dilaté, et les parois en sont amincies.

Cette tumeur, qui est constituée par du tissu fibreux au sein duquel se sont faits des dépôts calcaires, offre comme aspect la plus grande analogie avec les tumeurs de l'utérus qui ont subi l'altération crétacée.
(Professeur Blandin.)

ARTICLE 4.

LÉSIONS DE L'ESTOMAC, SUITE D'INFLAMMATION

Sept pièces seulement, du n° 140 au n° 146 inclusivement, se rapportent à cette lésion. Les deux pièces les plus intéressantes sont certainement celles n°s 140, 142. Les pièces 143, 144, 146 sont des reproductions d'inflammation de l'estomac, exécutées par le procédé Thibert.

N° 140. — Estomac ; hypertrophie de toutes les tuniques de l'estomac.

Sur cette pièce, on constate qu'il existe une hypertrophie générale de l'estomac, le pylore étant normal. La tunique musculeuse a presque un centimètre d'épaisseur, et la tunique muqueuse est fortement plissée, ratatinée, de sorte qu'elle semble appartenir à un segment d'une cavité plus considérable que celle de l'estomac qui est évidemment rétréci. Ces plis irréguliers sont parallèles au grand axe de l'estomac, et très-évidents sur toute la surface de cet organe, moins cependant le voisinage de l'orifice pylorique, où ils manquent complètement; la muqueuse ne présente aucune trace évidente d'inflammation.

(M. Marjolin fils, 1836.)

N° 141. — Estomac ; infiltration purulente sous la muqueuse de l'estomac.

Cette pièce, très-intéressante au point de vue de la lésion anatomique, n'est malheureusement accompagnée d'aucuns renseignements. Il existait au-dessous de la muqueuse de l'estomac, une infiltration de pus qui était mêlée à de la sérosité, et elle a augmenté l'épaisseur des parois de cet organe. La muqueuse était pâle, comme boursouflée, mais cet aspect a beaucoup perdu par le séjour de la pièce dans l'alcool.

La cavité de l'estomac a une ampleur considérable : c'est un exemple de ce que M. Cruveilhier a décrit sous le nom d'inflammation sous-muqueuse. La lésion a beaucoup d'analogie avec ce qui existe dans certains cas d'œdème de la glotte par infiltration.

(M. Juteau. *Soc. anat.* 1848, t. XXIII, p. 273.)

N° 142. — Modèle en plâtre, procédé Thibert, d'un estomac hémorrhagie partielle par petites plaques disséminées.

N° 143. — Modèle en plâtre, procédé Thibert, d'un estomac hémorrhagie générale occupant tout l'intérieur de la cavité.

N° 144. — Modèle en plâtre, procédé Thibert, d'un estomac hémorrhagie scorbutique occupant une grande partie de la muqueuse de l'estomac.

N° 145. — Modèle en cire d'un estomac; inflammation de la membrane muqueuse.

Cette pièce en cire est destinée à représenter une inflammation très-intense de la muqueuse de l'estomac, caractérisée par un état ardoisé et un pointillé noir de la muqueuse, dus à des épanchements sanguins circonscrits.
(Professeur Chaussier, 1806.)

N° 146. — Modèle, procédé Thibert, d'une inflammation simple de la muqueuse de l'estomac qui est fortement injectée en rouge.

Article 6.

LÉSIONS DE L'ESTOMAC, SUITE D'EMPOISONNEMENT.

Sept pièces seulement sont relatives aux lésions de l'estomac consécutives a des empoisonnements, du n° 147 au n° 152 *a* inclusivement. La pièce n° 147 est un modèle d'après le procédé Thibert, d'un empoisonnement par le cyanure de mercure. La pièce n° 148 est un exemple d'empoisonnement par le deutochlorure de mercure, celle n° 149 par l'acide nitrique; celles n° 150, 152, 152 *a* par l'acide sulfurique, enfin celle n° 151 par le phosphore.

N° 147. — Modèle, procédé Thibert, d'une inflammation subaiguë de la muqueuse de l'estomac, à la suite d'un empoisonnement par le cyanure de mercure.

N° 148. — Modèle en cire d'un estomac ; empoisonnement par le deuto-chlorure de mercure.

Ce modèle en cire est la représentation d'un estomac qui présente les traces d'une vive inflammation, résultant d'un empoisonnement par le deuto-chlorure de mercure. L'individu avait avalé 14 grammes 5 centigrammes de sublimé. Il existe une vive inflammation de l'estomac, qui est caractérisée par des taches, les unes rouges foncées, les autres verdâtres, disséminées sous la muqueuse. Cet individu est mort 18 heures après l'ingestion du poison.

(M. Devergie, 1825.)

N° 149. — Estomac avec la première portion de l'intestin grêle; empoisonnement par l'acide nitrique.

Estomac sur lequel existent les caractères anatomo-pathologiques d'un empoisonnement par l'acide nitrique. A l'extrémité inférieure de l'œsophage, la muqueuse est épaissie et ridée. Sa couleur était d'un jaune serin au moment de l'autopsie, mais elle est maintenant foncée, ce qui est probablement le résultat de l'action de l'alcool.

La muqueuse de l'estomac, d'un beau vert épinard, est épaissie et se détache facilement; à sa face adhérente, on rencontre des veines nombreuses et volumineuses, gorgés de sang coagulé par l'acide nitrique. Le duodenum et le commencement de l'intestin grêle sont également verts et fortement injectés.

(M. De Puysaie, 1842.)

N° 150. — Estomac ; empoisonnement par l'acide sulfurique; dilatation considérable.

Cette pièce provient d'une femme de 22 ans, qui avait avalé volontairement la veille de sa mort de l'acide sulfurique étendu. Il fut impossible de faire boire à cette malade une goutte d'eau. Elle ne vomissait pas, son ventre se ballonna au point que l'interne de service aux abois fit une ponction abdominale, mais sans succès. La malheureuse femme succomba rapidement.

A l'autopsie on constata une énorme distension de l'estomac par des gaz. L'action caustique avait agi avec une grande énergie sur le grand cul-de-sac de l'estomac qui s'est rompu sous les doigts au moment de l'autopsie; la muqueuse est profondément altérée.

(Professeur Lorain, 1867.)

N° 151. — Estomac ; diminution de sa capacité à la suite d'un empoisonnement par le phosphore.

Cette pièce provient d'une jeune fille de 21 ans, qui, à la suite de déceptions cruelles, a voulu se détruire. Elle a fait bouillir un paquet d'allumettes de 5 centimes dans du café et elle a avalé cette liqueur. Il se manifesta immédiatement un resserrement des mâchoires avec un sentiment d'un feu qui la dévorait. Le lendemain cette malheureuse prend du bleu de blanchisseuse (ferro-cyanure de potassium), plus 10 grammes d'aloès, enfin le soir une cuillerée d'encre. Le même jour elle fut prise de vomissements de matières violettes et noires; diarrhée le troisième jour. Au bout de huit jours les vomissements persistaient encore, elle rendait des matières jaunes verdâtres; il existait une douleur vive à l'épigastre avec ballonnement du ventre, dyspnée et rétention d'urine. Cette jeune fille vécut ainsi en s'affaiblissant toujours avec des alternatives variables de santé, environ un mois et demi.

A l'autopsie, l'estomac ne présentait plus qu'un tube allongé réunissant l'œsophage à l'intestin; le grand cul-de-sac avait à peu près complètement disparu. Après l'avoir incisé sur la longueur, on a vu que les parois en étaient très-épaisses, ce dont on avait pu juger même avant, car, en le prenant entre deux doigts, on avait presque l'idée d'un tube plein, la cavité était donc considérablement réduite. Ce retrécissement portait sur toute la capacité de l'estomac ; on peut evaluer à moins d'un demi-verre la quantité de liquide qu'il aurait pu contenir.

A la face interne, la membrane muqueuse présente des plis transversaux très-épais qui, ne s'effacent plus par la traction; par places on trouvait des points où l'injection était beaucoup plus vive et ne disparaissait pas par le lavage ; on ne trouvait plus les traces des ulcérations et pertes de substance qui ont dû se produire au début des accidents présentés par la malade.

(M. Tixier, *Soc. anat.*, 1865, 2e série, t. X, p. 445.)

N° 152. — Langue, larynx, œsophage et estomac ; empoisonnement par l'acide sulfurique ; gangrène de l'œsophage.

Cette pièce provient d'un homme de 40 ans, qui a bu pour se suicider environ 30 grammes d'acide sulfurique concentré. Aussitôt l'ingestion de l'acide, il ressentit une douleur atroce dans l'estomac, la douleur et la chaleur augmentèrent, puis il vomit, ce qui le soulagea un peu. Le lendemain les lèvres étaient luisantes, mais elles ne présentaient, ainsi que la bouche et toute la portion du pharynx que l'on put apercevoir, aucune trace du passage de l'acide. La soif était vive, la déglutition, quoique un peu douloureuse, se faisait cependant avec facilité ; ce malheureux vomissait presque à chaque instant un liquide d'un brun foncé, dans lequel nageait un mucus noir et coagulé par l'acide. Ces vomissements se faisaient presque sans effort, et comme par une simple régurgitation. Cet état persista en s'aggravant graduellement pendant huit jours, après quoi le malade mourut.

A l'autopsie, on constata que le pharynx était sain jusqu'à 1 centimètre 1/2 de l'œsophage. A partir de cet endroit jusqu'au cardia, la muqueuse est escharrifiée, détachée des autres membranes de l'œsophage ; elle est noire, pulpeuse et friable. L'estomac contenait environ deux litres d'un liquide noirâtre, dans lequel nageaient des lambeaux de membrane muqueuse et de tissu cellulaire.

Dans l'estomac, qui est ratatiné, existe aujourd'hui plusieurs ulcérations, qui semblent suivre le trajet des vaisseaux et ne dépassent pas la tunique muqueuse, dont les parties saines se présentent sous forme de brides arrondies, adhérentes seulement par leurs deux extrémités.

(M. Prestat, *Soc. anat.*, 1837, p. 315.)

N° 152 *a*. — Estomac avec diverses parties de l'intestin ; empoisonnement par l'acide sulfurique.

Ces pièces proviennent d'un homme qui s'est empoisonné avec de l'acide sulfurique : il avala le poison à neuf heures du matin et resta dans sa chambre, sans se plaindre, jusqu'à midi. Amené à l'hôpital Cochin, à deux heures, il était froid, cyanosé, poussant

des cris aigus, déchirants ; la région épigastrique était couverte de marbrures bleuâtres, les parois abdominales étaient raides, la pression y déterminait de vives douleurs. La membrane muqueuse de la bouche était blanche, le pouls petit, lent et irrégulier ; pas de vomissements, ténesme vésical prononcé. Le malade était mort une demi-heure après.

L'estomac, dans une étendue de 14 centimètres environ, est profondément altéré : la membrane muqueuse a été détruite, les fibres musculaires sont complètement isolées, disséquées. Sur un point existe une perforation de l'estomac de 1 centimètre de diamètre, qui a donné lieu à un épanchement péritonéal. L'épithélium de l'œsophage était facile à enlever.

L'intestin grêle, dont on a conservé une portion, présente à sa surface un aspect pulvérulent, grisâtre, qu'il était facile d'enlever. Les liquides qui s'étaient épanchés dans la cavité abdominale, à travers la perforation de l'estomac, avaient cautérisé les parties avec lesquelles ils s'étaient trouvés en contact. La coloration des parties divisées était légèrement jaune.

(M. Stanski, *Soc. anat.*, 1836, p. 298.)

Article 6.

CORPS ÉTRANGER DE L'ESTOMAC

Deux pièces seulement constitueront cet article qui pourra se compléter un jour; c'est pourquoi j'ai voulu le créer. Ces deux pièces, nos 153 et 153 *a*, sont des fourchettes qui ont été toutes deux extraites avec succès de la cavité de l'estomac.

N° 153. — Fourchette en fer, qui a été extraite de l'estomac d'un jongleur.

Cette pièce est malheureusement sans renseignements : elle doit dater du commencement de ce siècle, de 1820 environ. Les seuls renseignements qui me soient parvenus, malgré les nombreuses recherches que j'ai faites, c'est que cette fourchette en fer a été extraite de l'estomac d'un jongleur par un chirurgien de l'hôpital de Châlons-sur-Marne.

(M. Teyssière, chirurgien à l'hôpital de Châlons-sur-Marne.)

N° 153 *a*. — Dessin exact d'une fourchette en argent, qui a été avalée et extraite avec succès par la gastrotomie.

Dessin d'une fourchette qui a été déposée dans les cabinets de la Faculté, la fourchette a été volée l'année d'après. Le modèle ou dessin reste donc seul.

Cette fourchette a été extraite de l'estomac d'une femme de 21 ans, mère de famille, qui, dans la vue de provoquer des vomissements, s'introduisit dans l'œsophage une fourchette en argent, qui excita une contraction si forte dans ce conduit, que la fourchette échappa des mains de la malade et descendit dans l'estomac. Ce corps étranger séjourna pendant trois mois dans l'estomac, sans y occasionner d'autre incommodité qu'une simple pesanteur. Le médecin, appelé à la fin du troisième mois, constata par le toucher, dans la région épigastrique, que le manche de la fourchette était situé deux travers de doigt au-dessus et à côté de l'ombilic, dans la partie droite de la région épigastrique, tandis que les becs paraissaient placés au-dessous du foie.

Vers le cinquième mois, la malade éprouva des vomissements violents, et la fourchette changea de position : le manche se plaça deux doigts au-dessus de l'ombilic, 6 centimètres environ à gauche de la ligne blanche, tandis que l'autre extrémité était située dans l'hypocondre droit. A partir de ce moment, la malade fut en proie à d'assez vives douleurs. Malgré cela toute opération fut ajournée.

Un second vomissement, survenu vers la fin du sixième mois, fut suivi d'un engorgement considérable : la tumeur qui en résulta était du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur correspondait à une des extrémités de la fourchette, qui exécutait facilement des mouvements oscillatoires. La moindre pression déterminait de violentes douleurs.

Le 19 mai 1819, la gastrotomie fut pratiquée par M. Cayroche. La fourchette avait séjourné dans l'estomac pendant 229 jours, elle fut malgré cela extraite avec assez de facilité; elle était recouverte d'un enduit noirâtre, que l'on ne pouvait enlever qu'avec de grandes difficulté. Cette fourchette, comme cela s'observe sur le dessin, était longue de sept pouces deux lignes, sur un pouce dans sa plus grande largeur ; elle pesait trois onces cinquante-huit grains. Dans l'espace de 20 jours, la plaie se cicatrisa et la malade fut guérie sans avoir éprouvé d'accidents sérieux. (Voir pour les détails, l'observation.)

(M. Cayroche, *Bul. de la Fac.*, t. VI, 1819, p. 446.)

ARTICLE 7.

LÉSIONS CANCÉREUSES DE L'ESTOMAC

L'estomac, avec l'utérus, est, de tous les organes de la cavité splanchnique, celui qui est le plus souvent affecté de cancer. Cette affection peut s'y présenter sous toutes les formes. C'est surtout dans cet organe que M. Cruveilhier a décrit la forme colloïde ou aréolaire.

Le Musée renferme vingt-six pièces de cancer de l'estomac, du n° 154 au n° 181 inclusivement. La pièce n° 154, qui est comprise dans cet article, est un exemple assez rare d'hypertrophie très-considérable de l'orifice pylorique qui a déterminé la mort.

Relativement au siége du cancer de l'estomac, les pièces du Musée se divisent de la manière suivante : Sur trois, n°s 155, 156 et 157, la lésion siége près de l'orifice cardiaque ou à cet orifice ; sur deux pièces, n°s 158 et 167, la tumeur occupe la face postérieure de l'estomac ; sur la pièce n° 167 la tumeur se prolonge jusqu'à l'orifice pylorique qu'elle rétrécit ; sur les pièces n°s 159, 160, 162, 163, 164, 165, 166, le cancer siége au niveau de la petite courbure ; sur les pièces n°s 161, 168, 169, 170, 171, 172, 173, le siége de la tumeur cancéreuse est au niveau de l'orifice pylorique qui est généralement rétréci, excepté cependant sur la pièce n° 169, où le calibre de l'orifice est à peu près normal.

Les pièces n°s 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181 sont des exemples de cancer colloïde ou aréolaire, et sur les pièces n°s 179 et 180, il occupe la totalité de l'estomac.

N° 154. — Estomac; hypertrophie partielle très-considérable de l'orifice pylorique, qui a déterminé la mort.

Cette pièce provient d'une femme de 52 ans qui, admise à l'hospice de la Salpêtrière, a succombé après avoir eu des vomissements alimentaires, presque continuels, pendant plus de cinq mois.

L'estomac est hypertrophié, l'altération siège surtout dans la portion pylorique et occupe la petite courbure dans presque toute son étendue, jusqu'à 1 centimètre du cardia. La grande courbure est hypertrophiée dans une étendue qui varie de 4 centimètres 1/2 à 5 centimètres ; la face antérieure l'est dans la même étendue, la face postérieure dans une étendue moins considérable et qui ne comprend pas plus de 3 centimètres. Le point de délimitation entre la portion hypertrophiée et la portion non hypertrophiée n'est pas net, et les deux portions se confondent insensiblement. La valvule pylorique présente son épaisseur normale.

Dans la portion hypertrophiée, l'épaisseur n'est pas partout la même ; elle est plus considérable à la face antérieure que sur les autres points. Sur cette face, en effet, elle n'est pas de moins de 1 centimètre, tandis que dans les autres portions de l'organe, elle varie de 4 à 8 millimètres. A la coupe on voit quatre couches superposées : 1° la muqueuse, qui est normale; 2° la couche celluleuse, qui a acquis une épaisseur variant de 5 à 8 millimètres, et forme une couche blanche et très-résistante; 3° la tunique musculeuse présente aussi une épaisseur de 2 à 8 millimètres. Tantôt plus épaisse que la tunique celluleuse, tantôt plus mince suivant les points qu'on examine, elle peut être considérée comme ayant d'une manière générale une épaisseur moins considérable que cette autre couche; sa coloration est d'un gris rosé, transparente, et est traversée par des tractus fibreux blancs, allant de la couche celluleuse à la couche sous-péritonéale; 4° la tunique péritonéale, dont la couche sous-séreuse est hypertrophiée, est épaisse de 1 millimètre.

La surface péritonéale, au niveau de la partie la plus hypertrophiée, présente des traces de péritonite ancienne. On y voit des points opaques, blancs, autour desquels les vaisseaux sont aussi hypertrophiés : les points opaques ont la même apparence que les taches laiteuses de péritonite ancienne. L'examen microscopique fait par M. Cornil démontre la présence de tissu musculaire et de tissu cellulaire, sans mélange d'aucun élément hétérogène.

(Professeur Vulpian, *Soc. anat.*, 1863, 2me série, t. VIII. p. 163.)

N° 155. — Estomac; cancer.

Cette pièce, qui est sans renseignements, est un exemple de cancer qui a rétréci d'une façon très-notable la capacité de l'estomac, en même temps que les parois, dans toute leur étendue, sont très hypertrophiées. L'orifice cardiaque est très rétréci, l'orifice pylorique est à peu près normal.

(Professeur Cruveilhier, 1838.)

N° 156. — Modèle procédé Thibert, d'une énorme tumeur cancéreuse de l'estomac.

La tumeur cancéreuse, qui a des dimensions considérables, est parfaitement délimitée, elle siège près l'orifice cardiaque de l'estomac et a 14 centimètres sur 13. Cette tumeur fait à la surface de la muqueuse un relief considérable, au moins 2 centimètres; elle rétrécissait notablement l'orifice du cardia.

N° 157. — Estomac; cancer de l'orifice cardiaque.

Sur cette pièce on constate, à la partie inférieure de l'œsophage, à l'orifice cardiaque et à la partie avoisinante de l'estomac, une vaste ulcération constituée par un cancer épithélial. L'ulcération est assez régulièrement arrondie et a environ 4 centimètres de diamètre ; les bords bien délimités sont tuméfiés et font une saillie assez considérable. L'estomac et les parois de l'œsophage, à ce niveau, sont augmentés de volume, hypertrophiés, d'où il résulte un rétrécissement très notable de l'orifice cardiaque.

(M. Ribes.)

N° 158. — Estomac ; tumeur cancéreuse de la face postérieure.

Cette pièce a été trouvée sur un homme d'un embonpoint considérable, et chez lequel on n'avait remarqué aucun signe de lésion de l'estomac. Il existe à la face postérieure de l'estomac une tumeur considérable qui paraît devoir se rapporter au cancer épithélial ; elle a 12 centimètres sur 9 de diamètre, elle fait un relief considérable, environ 3 centimètres, et est légèrement pédiculée.

(M. Chavignez.)

N° 159. — Estomac ; cancer ulcéré.

Cette pièce est sans renseignements. Il existe, le long de la petite courbure de l'estomac un cancer épithélial ulcéré de la muqueuse ; l'ulcération, qui est étendue, présente de 6 à 8 centimètres, les bords sont peu saillants.

N° 160.— Modèle en cire d'un foie et de l'estomac, avec le colon transverse ; cancer de l'estomac.

Modèle en cire d'un cancer ulcéré de la petite courbure de l'estomac ; l'ulcération, qui est parallèle à la petite courbure, a 13 centimètres de longueur. Sur un point, l'ulcération a détruit la totalité de l'épaisseur des parois de l'organe, la perforation est adhérente à la face inférieure du lobe gauche du foie que l'on aperçoit par transparence. Les bords de l'ulcération sont saillants.

N° 161. — Estomac ; cancer de l'orifice pylorique.

Sur cette pièce, la petite courbure de l'estomac et une grande partie de la grande, au niveau de l'orifice pylorique, sont converties en une masse squirrheuse considérable, très-dense, qui a envahi toutes les tuniques. La cavité de l'estomac, dans ce point, est notablement diminuée, et le passage des aliments dans l'intestin était en grande partie intercepté pendant la vie.

(M. Decoux, *Soc. anat.*, t. XII, p. 323.)

N° 162. — Modèle en cire d'un cancer de l'estomac.

Cette pièce représente un estomac bilobé, le rétrécissement siége au niveau de la partie moyenne. Près de la petite courbure s'observe une masse cancéreuse considérable qui s'avance jusqu'à l'orifice du cardia qu'elle rétrécit. Cette masse donne lieu à une tumeur mamelonnée, diffuse dans une partie de sa circonférence, tandis que dans l'autre elle est parfaitement limitée.

(Professeur Corvisart, 1799.)

N° 163. — Estomac ; cancer de la petite courbure.

Cette pièce provient du professeur Petit-Radel ; l'estomac, dans la totalité de sa petite courbure qui est diminuée de longueur, est envahi par une masse squirrheuse; la muqueuse est ulcérée. La masse et l'ulcération s'étendent aux deux orifices qui sont rétrécis.

(Professeur Breschet.)

N° 164. — Modèle en cire d'une tumeur cancéreuse, qui occupe la petite courbure de l'estomac.

Sur cette représentation en cire, on constate qu'il existe, dans toute l'étendue de la petite courbure de l'estomac, une tumeur qui est volumineuse et ulcérée dans une grande étendue, elle a environ 23 centimètres de long sur 11 de large. Il existe de nombreuses bosselures et la masse morbide adhère au lobe gauche du foie.

(Professeur Dupuytren, *Bul de la Fac.*, 1807, p. 32.)

N° 165. — Modèle procédé Thibert d'une vaste tumeur cancéreuse qui occupe toute la petite courbure de l'estomac.

N° 166. Modèle en cire d'un foie et de l'estomac ; cancer de la petite courbure de l'estomac.

Sur cette représentation en cire, on constate qu'il existe une tumeur squirrheuse très volumineuse, qui occupe la petite courbure de l'estomac et l'orifice pylorique. Sur le lobe droit du foie, à sa face supérieure, existe un kyste hydatique du volume du poing.

(Professeur Corvisart, 1799.)

N° 167. — Modèle en cire d'un estomac ; tumeur cancéreuse volumineuse de la face postérieure.

Sur ce modèle en cire de l'estomac, on constate à la face postérieure de cet organe, près de l'orifice pylorique, l'existence d'une tumeur cancéreuse, ulcérée à sa surface. Cette tumeur a le volume du poing : elle est arrondie, parfaitement délimitée, un peu pédiculée et fait une saillie considérable dans la cavité de l'estomac.

(Professeur Leroux.)

N° 168. — Estomac ; cancer du pylore.

Cette pièce a été recueillie sur une femme de 65 ans. Il existe un cancer du pylore : la lésion est peu étendue, très-délimitée à l'orifice pylorique. A ce niveau existe un boursouflement non ulcéré de la muqueuse avec épaississement et induration de la couche musculeuse. Il n'existe aucun renseignement sur cette pièce.

M. Bastings, de Maëstricht, 1837.)

N° 169. — Estomac ; cancer de l'orifice pylorique, sans rétrécissement.

Cette pièce est sans renseignements, mais on constate que l'estomac, dans sa totalité, est le siège d'une hypertrophie notable de ses parois. Cette hypertrophie est surtout accusée dans la moitié droite et principalement au niveau de l'orifice pylorique. A ce niveau, la muqueuse est profondément ulcérée, et l'épaisseur des parois est au moins de 2 centimètres. Malgré cette altération profonde qui doit être rapportée au cancer squirrheux ulcéré, l'orifice pylorique ne semble pas avoir subi de rétrécissement bien appréciable.

(M. Louyer-Villermay, *Bul. de la Fac.*, 1807, p. 62.)

N° 170. — Estomac ; cancer squirrheux de l'orifice pylorique.

Cette pièce est encore sans renseignements. On constate qu'il existe un squirrhe de l'orifice pylorique, qui a considérablement rétréci cet orifice, qui admet à peine le bout du petit doigt. La muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux sont hypertrophiés, et indurés dans une étendue de 10 centimètres à partir du pylore. Le reste de l'estomac est distendu et très aminci.

N° 171. — Estomac ; cancer squirrheux de l'orifice pylorique.

Sur cette pièce, qui est sans renseignements, on constate qu'il existe une tumeur squirrheuse du pylore, qui rétrécit très-notablement cet orifice. Les parois de l'estomac, à ce niveau, sont très-épaisses, elles ont 1 centimètre 1/2 environ, la muqueuse n'est point ulcérée. La lésion ne s'étend pas loin.

(M. Beauchêne, 1810.)

N° 172. — Estomac ; tumeur cancéreuse du pylore.

Tumeur squirrheuse du pylore, qui est comme embrassé par un anneau inextensible. Cette lésion est assez bien délimitée à l'orifice pylorique, qui est très-notablement rétréci. A la face interne, la muqueuse est ulcérée et présente des plis rayonnés qui tombent perpendiculairement sur la tumeur.

(M. Barth, 1841.

N° 173. — Estomac ; tumeur cancéreuse du pylore.

Sur cet estomac, il existe au niveau du pylore une tumeur volumineuse, un peu pédiculée, elle n'occupe qu'une partie du diamètre de ce canal ; elle permettait par conséquent aux matières alimentaires de passer sur le côté de la production morbide.

Cette tumeur, qui est très probablement de nature cancéreuse, a le volume d'une orange, elle est ferme et contient une cavité à parois épaisses, remarquable par la présence de petites tumeurs pédiculées, grisâtres, comme polypeuses, qui sont implantées sur ces parois. La muqueuse de l'estomac, présente un grand nombre de plis parallèles à son grand axe.

(M. Weiss, *Soc. anat.*, 1851, t. XXVI, P. 38.)

N° 174. — Estomac ; cancer colloïde alvéolaire.

Cette pièce est très intéressante au point de vue de la disposition des éléments anatomo-pathologiques. L'affection commence au pylore dont l'orifice est notablement rétréci, tandis que le reste de l'estomac, surtout le gros cul-de-sac, est très dilaté. Du pylore, l'affection s'étend aux deux faces de l'estomac jusqu'à 8 ou 10 centimètres de cet orifice.

Au niveau de la région pylorique, les parois de l'estomac ont près de 3 centimètres d'épaisseur. A mesure que l'on s'en éloigne, l'épaisseur diminue jusqu'à ce que les tuniques de l'estomac reprennent leur aspect normal. Dans la partie hypertrophiée existent de nombreuses alvéoles dont la capacité varie d'une amande de noisette à un petit pois. Ces alvéoles, dont les parois sont variables d'épaisseur, contiennent une matière colloïde, amorphe, gélatiniforme. Cette pièce est un exemple-type, remarquable, de cancer colloïde de l'estomac.

(M. Marjolin fils, 1836.)

N° 175. — Estomac; cancer colloïde gélatiniforme de la totalité de cet organe.

Sur cette pièce très remarquable et qui est malheureusement sans renseignements, on constate que la totalité de l'estomac est le siége d'une augmentation très notable d'épaisseur des parois, qui sont à peu près uniformément de 2 centimètres 1/2 environ. En même temps la cavité est très rétrécie et la membrane muqueuse est en grande partie détruite.

Les fibres musculaires de l'estomac, unies à la tunique fibreuse, sont hypertrophiées et forment des faisceaux distincts qui circonscrivent des espaces alvéolaires, cavités très-nombreuses et de capacité variable; ces cavités contiennent une matière colloïde amorphe. Cette substance, répandue partout dans l'épaisseur des parois de l'estomac, en augmente leur épaisseur, et leur donne en même temps une assez grande rigidité. La lésion remonte assez haut sur l'œsophage dont les parois sont très hypertrophiées, sans que cependant il existe de rétrécissement. A l'orifice cardiaque, la disposition des tissus offre une grande analogie avec celle de l'estomac; les fibres musculaires sont infiltrées de matière colloïde.

N° 176. — Estomac; cancer de la totalité de l'estomac.

Cette pièce, qui est sans renseignements, est un exemple remarquable d'hypertrophie squirrheuse de la totalité de l'estomac, dont la cavité est notablement rétrécie. Tout l'estomac est formé de parois rigides, inflexibles, qui ont près d'un centimètre d'épaisseur.

(M. Barth, 1841.)

N° 177. — Estomac; cancer gélatiniforme de la presque totalité de l'estomac.

Sur cette pièce, qui est encore sans renseignements, on constate que la cavité de l'estomac a acquis des dimensions considérables, qui paraissent surtout résulter de la dilatation du grand cul-de-sac.

La moitié droite de l'estomac présente une hypertrophie très notable de ses parois, qui augmentent graduellement d'épaisseur jusqu'à l'orifice pylorique, et finissent par acquérir jusqu'à 3 centimètres. Cette augmentation d'épaisseur est due à l'hypertrophie de la tunique musculeuse et fibreuse de l'estomac, mais surtout à leur infiltration d'une matière colloïde amorphe qui est très abondante. La muqueuse au niveau de cette partie de l'estomac est en grande partie détruite, et laisse voir à nu les fibres musculaires : les parties qui existent sont elles-mêmes infiltrées de cette matière colloïde.

(M. Barth, 1841.)

N° 178. — Estomac avec une partie du foie ; cancer colloïde de l'estomac.

Cette pièce est en assez mauvais état de conservation et sans renseignements ; mais on constate, néanmoins, que l'estomac a subi une dilatation très-considérable. La dégénérescence cancéreuse en occupe la plus grande partie, et la portion saine est celle qui a subi une dilatation énorme La partie envahie par le cancer a acquis une épaisseur considérable, elle a dans certains points 2 centimètres et plus. Le foie adhère d'une façon très intime aux parois de l'estomac avec lesquelles il est confondu, et il a été lui-même envahi par le cancer. Le malade est mort après deux mois de maladie, et il n'a éprouvé de vomissements qu'au début de la lésion.

(M. Briquet, 1836.)

N° 179. -- Modèle en cire de l'estomac et du foie ; cancer colloïde de la totalité de l'estomac.

L'estomac est représenté ouvert. On constate que l'altération qui occupe la plus grande partie de cet organe est d'autant plus prononcée que l'on s'approche du pylore. Au niveau de la grosse tubérosité, la lésion est peu prononcée, il paraît ne plus exister de tunique musculeuse qui aurait été envahie par une matière colloïde. Les tuniques sont très-épaissies, au niveau du pylore les parois de l'estomac ont 2 centimètres d'épaisseur. Sur la face péritonéale de l'estomac, on a représenté une multitude de petites tumeurs cancéreuses : elles sont dans certains points confluentes.

Sur la surface concave du foie, on rencontre quelques tumeurs du même genre. Le diaphragme dans sa partie gauche, et la plèvre correspondante, présentent également des dépôts cancéreux.

N° 180. — Modèle en cire représentant l'estomac, le foie et une partie de l'intestin ; cancer de l'estomac généralisé.

Sur cette pièce en cire, qui représente une grande partie des organes abdominaux, on constate que l'estomac qui n'a point été représenté ouvert, est le siège d'une dégénérescence cancéreuse étendue, mais qui est cependant beaucoup plus prononcé dans la moitié pylorique de cet organe. Cette partie est probablement le siége du début de l'altération, qui s'est étendue ensuite au grand épiploon, au péritoine, au diaphragme et au foie. Ce dernier est criblé de petites tumeurs isolées, qui font saillie à sa surface convexe.

N° 181. — Modèle en cire de l'estomac et du grand épiploon; cancer colloïde.

L'estomac est représenté à moitié ouvert, les parois en sont épaisses et infiltrées de matière colloïde; la cavité est très réduite. Le grand épiploon est envahi dans sa totalité, il est transformé comme en une masse vésiculeuse qui a, dans quelques points, 4 centimètres d'épaisseur.
(M. Hamel, 1807.)

CHAPITRE IV

Lésions de l'intestin.

Dans ce chapitre, je comprendrai toutes les lésions anatomo-pathologiques, qui peuvent siéger de l'orifice pylorique à l'orifice anal. La plupart des lésions de l'intestin se rapportent au troisième groupe de la classification du professeur Cruveilhier, aux lésions de canalisation.

Les pièces de ce chapitre sont tellement nombreuses et les lésions si variées, qu'elles sont classées dans quatre articles distincts, qui correspondront aux différentes portions de l'intestin, à savoir :

Article 1. Lésions de l'intestin grêle ;

Art. 2. Lésions du cœcum;

Art. 3. Lésions du gros intestin;

Art. 4. Lésions du rectum.

Il est pourtant certaines lésions, comme l'invagination et les hernies qui sont communes à toutes les parties de l'intestin, et qui seront décrites, quel qu'en soit le siége, dans l'article consacré aux lésions de l'intestin grêle.

Article premier.

LÉSIONS DE L'INTESTIN GRÊLE

Ces lésions, qui sont des plus variées, sont représentées par un grand nombre de pièces, et, par cette raison, je serai

forcé d'établir un grand nombre d'ordres, de sous-ordres et de variétés :

1er Ordre. Plaies de l'intestin grêle, avec ou sans sutures.
2e Ordre. Invaginations ;
3e Ordre. Hernies ;
4e Ordre. Anus contre nature ;
5e Ordre. Inversions splanchniques ;
6e Ordre. Corps étrangers de l'intestin grêle ;
7e Ordre. Emphysème de l'intestin.
8e Ordre. Rétrécissement de l'intestin ;
9e Ordre. Inflammations de l'intestin.

ORDRE PREMIER

Plaies de l'intestin grêle avec ou sans sutures.

Une seule pièce, n° 182, se rapporte aux plaies traumatiques de l'intestin proprement dites. Cette pièce emprunte un grand intérêt, par suite de l'hémorrhagie qui est survenue. Les pièces nos 183, 184, 185, 186, 187, 188, sont des exemples de sutures intestinales pratiquées par le professeur Jobert de Lamballe sur des animaux. Les pièces nos 189 et 190 sont des exemples de communication entre deux anses intestinales. L'explication de cette dernière anomalie est difficile à donner.

La pièce n° 191 est un exemple de rupture de l'intestin dans une hernie, à la suite d'un coup de pied. Sur la pièce n° 102, la rupture a eu lieu dans la cavité abdominale, également à la suite d'un traumatisme.

N° 182. — Portion d'intestin grêle ; blessure de l'une des branches de l'artère mésentérique par un coup de couteau.

Sur cette pièce, qui est d'un grand intérêt par la rareté de la lésion, on a conservé une portion d'intestin grêle longue de 20 centimètres; l'artère mésentérique a été injectée. On constate que la pointe d'un couteau a pénétré l'intestin à son bord concave; à

peu de distance de l'insertion du mésentère, la plaie est cicatrisée du côté de la séreuse et béante du côté de la muqueuse. Par cette plaie, une des branches de l'artère mésentérique au niveau de l'intestin a été coupée, et il s'est produit consécutivement une hémorrhagie qui a été mortelle.

(Professeur Nélaton, 1848.)

N° 182. — Portion d'intestin grêle de chien; invagination, suture intestinale, adhésion.

Sur cette portion d'intestin grêle d'un chien, le professeur Jobert de Lamballe, après avoir divisé transversalement l'intestin, a adossé les deux séreuses et pratiqué ensuite une suture; l'animal est mort neuf heures après.

On constate du côté des séreuses, que l'adhésion est complète; il ne serait plus possible de les séparer. Du côté de la cavité de l'intestin on y voit flotter une portion d'intestin très-peu étendue qui fait saillie à l'intérieur.

(Professeur Jobert de Lamballe.)

N° 184. — Portion d'intestin grêle d'un chien; section de l'intestin, adossement des deux séreuses; cicatrisation.

Cette portion d'intestin grêle, qui provient d'un chien, a été complètement sectionnée, les deux séreuses ont été adossées, et l'animal a été sacrifié vingt jours après. On constate sur cette pièce, du côté de la séreuse, une adhésion complète sans trace de lésion. Du côté de la muqueuse, la cicatrice est complète; mais à ce niveau existe une saillie des valvules conniventes, qui devaient rétrécir légèrement le calibre de ce canal.

(Professeur Jobert de Lamballe, 1848.)

N° 185. — Portion d'intestin grêle d'un chien; invagination; cicatrice solide.

Cette pièce, en assez mauvais état de conservation et sans renseignements, est un exemple d'invagination de l'intestin grêle chez un chien, avec cicatrice solide.

(Professeur Jobert de Lamballe, 1828.)

N° 186. — Portion d'intestin grêle d'un chien; incision parallèle à l'axe de ce canal, adhésion des séreuses; cicatrice.

Cette pièce est sans renseignements; on constate sur cette por-

tion d'intestin de chien, une cicatrice parallèle à l'axe de ce canal longue d'environ 2 centimètres, cicatrisée par l'adossement de la séreuse.

(Professeur Jobert de Lamballe, 1828.)

N° 187. — Portion d'intestin grêle de chien; suture de l'intestin.

Cette pièce, sans renseignements et en mauvais état de conservation, est un exemple de suture de l'intestin chez le chien, les surfaces homogènes ayant été mises en contact.

(Professeur Jobert de Lamballe, 1848.)

N° 188. — Portion d'estomac d'un chien; suture par adossement des séreuses.

Sur cette pièce, qui est sans renseignements, le professeur Jobert de Lamballe a pratiqué sur l'estomac d'un chien une suture avec adossement de la séreuse. La suture est complète sans trace du côté de la séreuse. Du côté de la muqueuse existe une cicatrice linéaire, longue de 3 centimètres ; elle est également complète. La muqueuse présente seulement à ce niveau quelques plis.

(Professeur Jobert de Lamballe, 1828.)

N° 189. — Portion d'intestin ; communication ancienne entre la portion initiale du jéjunum et la partie supérieure du côlon descendant.

Cette pièce est composée de deux portions d'intestin qui communiquent entre elles. Cette communication est établie au moyen d'un petit canal membraneux, ayant 8 à 10 millimètres de longueur et offrant un calibre susceptible de recevoir une sonde de femme, ou un tuyau de plume à écrire. Lisse et régulier dans sa continuité, il présente à ses orifices quelques particularités intéressantes. L'ouverture côlique correspond à l'une des cellules du côlon, et se trouve ainsi placée au sommet d'une cavité latérale et infundibuliforme. Circonscrite par deux petits replis valvulaires, dont un est supérieur et l'autre inférieur, elle n'est point circulaire, mais allongée et comme triangulaire, représentant ainsi très-bien la forme d'une petite glotte, dont la base ou la partie la plus large regarderait en avant et le sommet en arrière.

L'ouverture jéjunale, au contraire, est à peu près circulaire et comprise entre deux valvules conniventes, qui ne paraissent pas l'obturer dans leurs mouvements.

Relativement à la structure du canal, le point intéressant à élucider est de savoir comment se comportent, à son niveau, les fibres musculaires de l'intestin. Or, par une dissection attentive, on peut constater que la paroi antérieure du canal est dépourvue de fibres musculaires ; que sur sa face postérieure ainsi que sur ses bords supérieur et inférieur, existent des fibres musculaires transversales qui se continuent à droite et à gauche sans aucune interruption, avec les fibres annulaires des anses communicantes de l'intestin. Les fibres musculaires longitudinales de ces dernières sont tout à fait étrangères à la constitution des parois du petit canal, qui a pour tunique extérieure une enveloppe péritonéale. Sa structure ne s'éloigne donc pas notablement de celle de l'intestin lui-même.

Il est difficile d'admettre que cette lésion soit congénitale, il est beaucoup plus probable que ce canal a une origine pathologique. (M. Guéniot, *Soc. anat.*, 1860, 2e série, t. V, p. 178.)

N° 190. — Portion d'intestin grêle ; communication anormale entre deux anses de l'iléon.

Cette pièce est sans renseignements. On constate qu'il existe une large communication entre deux anses de l'iléon. Le canal de communication a un diamètre d'environ 1 centimètre sur 8 de long. La portion d'anse intestinale comprise entre cette communication, est de 58 centimètres ; il est difficile d'admettre que cette communication soit le résultat d'un état pathologique. Il me paraît bien plus rationnel d'admettre qu'elle résulte d'une anomalie de conformation, qu'elle est congénitale, quoique aucune loi d'embryogénie ne me paraisse pouvoir l'expliquer.

N° 191. — Portion d'intestin grêle ; rupture traumatique à la suite d'un coup de pied porté sur l'aine droite, siége d'une ancienne hernie.

Cette pièce provient d'un homme de 54 ans, qui, dans une rixe, a reçu un coup de pied sur une hernie inguinale droite, qu'il portait depuis longtemps.

L'importance de ce fait m'engage à reproduire ici la plus grande partie de l'observation. Les bourses, peu de temps après l'accident, devinrent violacées ; le penis effacé par la distension du scrotum, faisait une très-petite saillie. Dans l'aine droite est une tumeur très-volumineuse, allongée, se confondant avec la tuméfaction des bourses : elle offre de la résistance. La peau de la partie supérieure de la tumeur a sa couleur normale, celle de la partie inférieure a la couleur violacée des bourses. La pression

n'y produit aucune douleur, le malade paraît ne point souffrir: il ne pousse aucune plainte, sa physionomie n'exprime nullement l'anxiété.

Après être venu à pied, de l'endroit où lui était arrivé cet accident, jusqu'à l'hôpital, il monta sans avoir besoin d'aucune espèce d'appui dans la salle qui lui était désignée. Entré vers les deux heures, il ne se passa rien d'anormal jusqu'à 4 heures: mais alors, des douleurs commencèrent à se déclarer: on crut à une hernie étranglée. M. Monod, averti, arriva, et trouva le malade dans l'état suivant : décubitus sur le dos, sentiment de froid sur tout le corps, agitation, plaintes presque continuelles, douleurs très-vives, ventre tendu, dur, sensible à la pression. La douleur est intense, principalement à la tumeur de l'aîne droite, que l'on apprend être une ancienne hernie que le malade faisait rentrer habituellement, sans pouvoir la réduire entièrement. Pas de nausées, pas de vomissements; peau médiocrement chaude, pouls petit, fréquent; grande anxiété.

M. Monod fait des tentatives de réduction. Pendant le taxis on entend le bruit de gaz; un instant après la tumeur est effacée, la hernie est réduite sans efforts. Aussitôt M. Monod introduit deux doigts dans l'anneau inguinal, et fait observer combien il est large. Aucun soulagement n'accompagne cette réduction; le ventre est toujours tendu et sensible à la moindre pression. Le sentiment de froid que le malade accuse depuis que les douleurs ont paru, est très-prononcé; la soif est vive; quelques nausées, pas de vomissements; la douleur part du canal inguinal et s'irradie dans tout l'abdomen. M. Monod fait tousser le malade. La hernie reparaît, et comme elle ne se réduit point de nouveau, après quelques tentatives, il prescrit 40 sangsues et un lavement avec 15 grammes de sulfate de soude et un bain.

Ce traitement n'amena immédiatement aucun soulagement, les douleurs ont même augmenté et le malade vomit des matières exhalant l'odeur vineuse et nullement stercorales A la sortie du bain, la hernie put être assez facilement réduite, seulement le malade était épuisé par la douleur. Le pouls est inégal, très-petit, il disparaît sous le doigt, on ne peut le compter ; la peau est froide; sensibilité très-grande dans toute l'étendue de l'abdomen, frissons, sonorité au-dessus de l'ombilic et de la crête iliaque antérieure et supérieure du côté gauche; pas de nausées. La mort arrive à deux heures du matin.

Autopsie. — La paroi abdominale antérieure enlevée, l'estomac paraît distendu; il renferme une grande quantité de gaz. Il y a un épanchement de matière fécale dans l'abdomen. La région de l'aîne examinée avec soin, on trouve une hernie inguinale ancienne, dans le sac de laquelle sont quatre pieds d'intestin grêle: à la partie interne du sac sont deux énormes pelotons de tissu adipeux. Toute la partie de l'intestin contenue dans la hernie

présente une coloration rouge très-foncée; à la partie postérieure du sac se trouve une ecchymose noirâtre, qui a 3 centimètres d'étendue. A la partie antérieure et correspondante, se voit une seconde ecchymose de la longueur de 6 centimètres. La rougeur que présente la surface externe de l'intestin grêle commence à 12 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale; le péritoine y est tapissé par une fausse membrane très-mince, et qui se laisse enlever avec la plus grande facilité. A 1m,80 au-dessus de la valvule iléo-cœcale est une perforation, longue de 6 centimètres, linéaire, et faite dans le sens de l'axe de l'intestin.

Les bords ne sont nullement frangés ni amincis : ils ont l'épaisseur du reste de l'intestin. L'un d'eux présente une concavité qui correspond parfaitement à une convexité qui se remarque sur l'autre bord; les valvules conniventes qui sont divisées à ce niveau se correspondent parfaitement par leurs extrémités. Il y a renversement vers la membrane musculeuse, et de la muqueuse et de la séreuse, de manière à former deux petits bourrelets, au milieu desquels on voit la musculeuse à nu.

(M. Chavignez, *Bull. de la Soc. Anat.*, t. XIV, p. 217.)

N° 192. — Portion d'intestin; rupture dans la cavité abdominale à la suite d'une violence extérieure.

Cette portion d'intestin grêle, longue de 31 centimètres, présente dans sa partie moyenne une fente linéaire, parallèle à l'axe de l'intestin, longue de 4 centimètres. Cette déchirure, qui a été produite par une violence exercée sur la cavité abdominale, siége sur la partie convexe de l'intestin, opposée par conséquent à l'insertion du mésentère. Les bords de cette déchirure sont assez réguliers et écartés de 2 à 3 millimètres.

(M. Morel-Lavallée, *Soc. de Biologie*, 1858.)

ORDRE 2.

Invaginations de l'intestin.

Neuf pièces seulement, dans le Musée, sont relatives à l'invagination de l'intestin, du n° 193 au n° 201 inclusivement. Sur deux de ces pièces, n°s 193, 194, il existe un polype au niveau du sommet du boudin de l'invagination. La pièce n° 195 est surtout bien préparée pour montrer la disposition des cylindres dans l'invagination, on a pratiqué une coupe

sur le cylindre externe, qui permet de voir le boudin de l'invagination, qui est constitué par le cylindre moyen et interne. Le collier est aussi bien accusé et l'on comprend comment, par la compression qu'il peut exercer sur les vaisseaux mésentériques, il peut devenir cause de l'étranglement et de la gangrène du boudin de l'invagination. La pièce n° 198 est précisément une portion très-considérable de l'intestin grêle, qui a été frappée de gangrène et expulsée à la suite d'une invagination.

La pièce n° 198 est un modèle en cire d'une double invagination du gros intestin. Celle n° 199 est une invagination du gros intestin, qui a commencé au cœcum et est sortie par l'anus. Enfin, les pièces n°s 200 et 201 sont relatives à une tumeur abdominale qui s'est coiffée par l'intestin qu'elle a invaginé consécutivement.

N° 193. — Portion d'intestin grêle; invagination.

Cette pièce est en très-mauvais état de préparation ; elle provient d'une jeune fille de 14 ans, qui présentait une double invagination de l'intestin grêle. Les deux bouts de l'invagination marchent à la rencontre l'un de l'autre. Chez cette enfant il existait encore trois autres invaginations.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 194. — Portion d'intestin grêle; invagination, polype de l'intestin.

Cette pièce provient d'un homme de 45 ans, qui a été pris brusquement de douleurs vives dans l'abdomen, de diarrhée abondante et liquide comme de l'eau, de crampes violentes dans les quatre membres, avec refroidissement des extrémités ; les urines se sont supprimées. Le soir même, la diarrhée s'est arrêtée et les vomissements ont pris une grande intensité.

Le faciès était grippé ; le nez, la langue et les extrémités refroidies ; la voix était éteinte, la respiration fréquente ; le malade n'avait point uriné et la vessie était vide. Les vomissements se composaient d'une matière verdâtre bilieuse, puis d'une matière blanchâtre, granuleuse, pareille à de la semoule cuite. On diagnostiqua une attaque de choléra et le malade succomba au bout de deux jours.

L'intestin grêle, modérément distendu, renfermait un liquide blanchâtre, semblable à du petit lait, et contenait des grumeaux caséeux, liquide analogue à celui qui, avec la matière bilieuse, composaient les vomissements durant la vie. L'intestin grêle en était rempli, dans une étendue de 3 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale. A ce niveau, on a trouvé deux lésions : d'une part, un polype saillant à la surface muqueuse de l'intestin, d'autre part, une invagination étendue jusqu'au niveau du cœcum.

Le polype était situé à 20 centimètres de la valvule de Bauhin, du côté du bord convexe de l'intestin ; il est d'une forme ovoïde, du volume d'une noix, d'une consistance ferme. Il est fixé par un pédicule de 3 ou 4 millimètres de diamètre, dans le point correspondant à son insertion. On remarquait sur la séreuse une dépression ombiliquée, dans laquelle on a pu engager l'extrémité du petit doigt. La surface de la tumeur est lisse, et semblable à la surface muqueuse de l'intestin. Sur une coupe qui la divise en deux parties égales, on constate l'existence d'un tissu rougeâtre formé de fibres qui semblent partir du pédicule et se porter dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur. Au microscope, ce tissu était formé de deux éléments, de tissu lamineux et des fibres musculaires lisses. Par conséquent, le polype paraissait fourni par l'hypertrophie de la couche musculaire et de la couche celluleuse de l'intestin.

Quant à l'invagination, elle comprenait 30 centimètres d'intestin grêle, et se terminait juste au niveau de la valvule iléo-cœcale. Des trois cylindres qui la composaient, le central présentait à sa partie inférieure l'insertion du polype qui oblitérait complétement en bas le canal déjà rétréci. Les deux autres ne présentaient rien de particulier, si ce n'est que leur muqueuse était congestionnée et ecchymosée. Aucune adhérence n'unissait les surfaces adossées de l'intestin invaginé. Toute la portion du tube digestif située au-dessous de ces lésions, c'est-à-dire le gros intestin, était remplie de sang en grande partie fluide et noir.

(M. Fernet, *Soc. anat.*, 1863, 2e série, t. VIII, p. 296.)

N° 195. — Portion d'intestin grêle ; invagination.

Cette pièce, très-bien préparée pour montrer le *boudin de l'invagination*, a été recueillie sur un homme de 59 ans ; mais les renseignements sur ce malade font complètement défaut.

L'invagination, qui occupe l'intestin grêle, a une longueur d'environ 5 centimètres et est à trois cylindres. Le cylindre externe, qui appartient à la partie la plus inférieure de la portion d'intestin invaginée, forme, dans sa partie supérieure, le *collier* de l'invagination qui, sur cette pièce, est serré et constitue un véritable étranglement. La partie inférieure de ce cylindre a été

incisée et permet de voir à son intérieur *le boudin* de l'invagination, qui est formé par le cylindre interne et moyen. A la partie inférieure du boudin, on distingue nettement l'orifice rétréci du canal intestinal, qui appartient au cylindre central. Ce cylindre central, au moment où il va s'engager dans le collier, est notablement rétréci, et, à ce niveau, l'on constate sur cette pièce que le mésentère, qui a été entraîné entre le cylindre interne et moyen, est lui-même fortement comprimé au niveau du collier. Aussi la circulation de ces deux anses de l'intestin devait être notablement gênée. L'on sait que c'est par cette raison que se produit le plus souvent la gangrène, qui permet au boudin de l'invagination d'être expulsé.

(Professeur J. Cloquet, 1836.)

N° 196. — Portion considérable d'intestin grêle, expulsée à la suite d'une gangrène par invagination.

Cette pièce, qui est d'un grand intérêt, provient d'une femme de 48 ans; elle a été rendue avec les selles. Cette femme avait éprouvé tous les symptômes de l'étranglement interne, dont elle s'est très-bien rétablie, et la pièce à été envoyée à l'Académie de médecine par M. Faure, médecin à Roanne (Loire).

Il s'agit bien ici d'une portion d'intestin que M. Cruveilhier dans son rapport dit, évidemment par erreur, avoir trois mètres de long, tandis qu'elle ne présente réellement que 162 centimètres. La partie supérieure est renflée, ce qui lui avait fait donner le nom par la malade de *Ver à tête de cheval;* cet intestin est lacéré à l'autre extrémité. On reconnaît, dans toute la longueur de ce cordon, l'existence de la cavité de l'intestin; elle peut admettre le doigt indicateur, et l'insuflation pouvait la développer. Sa surface externe, inégale, présente sous l'eau des flocons celluleux On reconnaît aussi sur un grand nombre de points de cette surface des débris de fibre musculaire.

M. Cruveilhier a manifestement reconnu dans ce faux helminthe, un débris de l'intestin grêle dépouillé de sa membrane péritonéale et de sa membrane musculeuse, et par conséquent constitué par la membrane muqueuse et fibreuse. Il y a reconnu les papilles de l'intestin grêle, mais les valvules conniventes sont complètement effacées.

Après examen complet de la pièce, voici la conclusion formulée par M. Cruveilhier : « Dans ce cas particulier, il s'agit d'une invagination de l'intestin grêle. Cette invagination a été suivie de la séparation de toute la portion invaginée de l'intestin, c'est-à-dire du cylindre interne et moyen, lesquels ont été étranglés par le collet de l'invagination. » Cet intestin, qui a subi l'espèce de gangrène que M. Cruveilhier appelle gangrène par cadavérisation, a

séjourné quelque temps dans l'intestin ; par suite de ce séjour, les membranes péritonéale et musculeuse se sont putréfiées, et l'anse intestinale, réduite à ses deux membranes internes, a été expulsée.

(Prof. Cruveilhier, *Bul. Acad. de méd.*, 1852, t. XVII, p. 786.)

N° 197. — Portion considérable de l'intestin grêle; invagination.

Cette pièce provient d'un homme de 35 ans, qui a succombé à une péritonite aiguë. Il existe une invagination à trois cylindres, de l'intestin grêle, qui était située à vingt centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Par le bout inférieur de l'invagination passe une partie considérable d'intestin gangrenée et détachée. La tumeur formée par le renversement intestinal est cylindrique, elle a six centimètres de hauteur. La partie de l'intestin grêle invaginée est extrêmement rétrécie, les parois en sont comme fibreuses; son diamètre peut à peine admettre une sonde ordinaire. L'intestin grêle, dans l'étendue de plus d'un mètre au-dessus de l'invagination est très-dilaté, et ses parois sont épaisses. Sur deux points de son étendue, on voit deux perforations par lesquelles s'est fait un épanchement mortel.

(M. Roger.)

N° 198. — Modèle en cire d'une double invagination du gros intestin.

On a représenté sur cette pièce, une double invagination du gros intestin, ce qui est assez rare. Les deux invaginations sont à trois cylindres; le cylindre périphérique de l'invagination externe a été ouvert, et l'on peut constater qu'à l'intérieur de cette invagination externe en existe une seconde. Elles sont toutes les deux à trois cylindres, et elles ont au moins quarante centimètres de longueur. L'invagination externe comprend la valvule iléo-cœcale.

(Prof. Dupuytren (1804.)

N° 199. — Gros intestin avec une portion de l'intestin grêle ; invagination.

L'invagination sur cette pièce est considérable : elle occupe toute l'étendue du gros intestin. Je n'ai pu malheureusement me procurer de renseignements. Il s'agit d'une invagination de l'intestin grêle et du gros intestin à travers l'anus. La portion d'intestin qui sort à travers cet orifice est longue d'environ huit centimètres.

Le point de départ de l'invagination est à la valvule iléo-cœcale; le boudin de l'invagination qui sort par l'anus présente à considérer deux orifices : un pour l'apendice iléo-cœcale, l'autre

pour l'orifice de l'intestin grêle, qui occupe comme canal central toute l'étendue de l'invagination. Le collier de l'invagination qui est à trois cylindres est peu serré, comme cela se remarque ordinairement dans l'invagination du gros intestin.

(M. Houel.)

N° 200. — Tumeur abdominale ganglionnaire, coiffée par l'intestin et sortie par l'anus.

Cette pièce, très-intéressante et peut-être unique dans la science, mérite d'être rappelée ici avec d'assez grands détails, et, malgré cela, il restera encore un inconnu dans l'histoire de cette tumeur.

Cette pièce provient d'une jeune fille de 14 ans, débile, d'un tempérament lymphatique. Dans les premiers jours de mai 1858, elle fut prise de constipation, de douleurs abdominales : les efforts de défécation n'amenèrent que des mucosités et une petite quantité de matières fécales délayées.

Près d'un mois après, le 2 juin, se présentèrent à l'anus des lambeaux sphacelés de la muqueuse de l'intestin; ils furent coupés avec des ciseaux ; et peu d'instants après, il sortit une portion du gros intestin qui était invaginé. Cette portion d'intestin est réduite avec beaucoup de difficulté, et reste dans le rectum à une hauteur que le doigt peut atteindre.

Quelques jours après, M. J. Roux fait adapter au bout d'un jonc flexible un embout en buis, l'extrémité de l'embout est engagée dans le rectum, puis introduite dans la lumière de l'intestin invaginé, qui est repoussé jusqu'à une hauteur de 60 centimètres. Cette opération fut assez douloureuse, la circulation intestinale se rétablit.

Le 26 décembre, près de huit mois après cet accident, la jeune fille est prise de vomissements opiniâtres, qui ont bientôt une odeur stercorale avec tous les symptômes d'un étranglement interne, qui, à l'aide d'un traitement approprié, parurent se calmer. Mais le 7 janvier 1859, signes nouveaux d'occlusion intestinale, et la malade rend par l'anus une volumineuse tumeur. C'est cette tumeur qui est déposée dans le Musée : elle est ellipsoïde. Les diamètres sont à peu près de 15 centimètres pour le grand et de 7 pour le petit. Cette tumeur était suspendue à l'anus par un long pédicule de la grosseur du doigt. M. J. Roux, aidé de quelques-uns de ses collègues, pensa que la tumeur s'était développée dans l'épaisseur ou en dehors de la paroi du gros intestin; qu'elle s'en était coiffée de manière à s'en faire une enveloppe et un pédicule étroit. Ce diagnostic fait, il appliqua une grosse ligature de fils cirés qui fut fortement serrée sur le pédicule de la tumeur, immédiatement en dehors de l'anus. Le pédicule fut en-

suite coupé avec des ciseaux et l'intestin remonta peu à peu, entraînant avec lui 70 centimètres du lien.

La tumeur présente à considérer de dehors en dedans, les trois tuniques de l'intestin parfaitement saines; puis une masse de tissu adipeux, et, au centre, un corps sphéroïdal qui est un ganglion mésentérique hypertrophié, du volume d'un gros œuf. Le pédicule était formé de tous les éléments de l'intestin et par un prolongement du péritoine.

(M. J. Roux, de Toulon, *Soc. de Chir.*, 1860, 2e série, t. Ier, p. 251.)

N° 201. — Portion d'intestin, appartenant au même individu que la pièce précédente; rétrécissement considérable.

Cette pièce est le complément de la précédente. La jeune fille, après son opération, section du pédicule de la tumeur, éprouva tout d'abord un soulagement considérable; mais bientôt se produisirent des alternatives diverses de constipation et de vomissements. Elle mourut le 27 avril, c'est-à-dire près de quatre mois après l'opération.

A l'autopsie, en suivant le gros intestin, de l'anus vers le cœcum, on arriva jusqu'au colon sans trouver d'obstacle; mais là, le tube digestif se coudait brusquement pour passer sous une forte bride épiploïque qui lui faisait subir un rétrécissement manifeste à 110 centimètres environ de l'anus.

Au point rétréci, comme cela se voit sur la pièce, l'intestin a le volume d'une plume d'oie, et ne laisse point passer la pulpe du doigt auriculaire. On n'y voit aucune trace de cicatrice, mais toutes les tuniques intestinales sont amincies. Au-dessus, l'intestin est dilaté, au-dessous, il est aplati; mais il conserve des dimensions normales.

(M. J. Roux, de Toulon, *Soc. de Chir.*, 1860, 2me série, t. Ier, p. 251.)

ORDRE 3.

Hernies.

Les pièces de hernies ont été classées dans le Musée d'après l'ordre établi par le professeur Cruveilhier, ce qui explique certaines divisions que l'on n'est point dans l'habitude d'admettre, mais que j'ai cru néanmoins devoir conserver, parce qu'elles facilitent de beaucoup la classification des pièces, et,

par suite, leur recherche. J'établirai donc, dans les hernies ou déplacements intestinaux, sept sous-ordres, à savoir :

1er sous-ordre, hernies tuniquaires.
2e — hernies diaphragmatiques.
3e — hernies ombilicales.
4e — hernies inguinales.
5e — hernies crurales.
6e — hernies obturatrices.
7e Étranglements internes.
8e Sacs herniaires.

Premier sous-ordre.

HERNIES TUNIQUAIRES.

Sous cette dénomination de *hernies tuniquaires*, le professeur Cruveilhier a désigné *tous les déplacements de tuniques ou de membranes, à travers une autre tunique ou membrane qui lui sert d'enveloppe.*

Dans le tube digestif, deux pièces seulement, nos 202 et 203, se rapportent à ce genre de hernies de la muqueuse à travers la membrane musculaire. La première de ces hernies, qui est assez rare, siége à la partie supérieure de l'œsophage, l'autre sur le gros intestin, sur les côtés des bandes musculaires que l'on rencontre dans cette partie du tube digestif.

N° 202. — Modèle en plâtre, d'un larynx, de la partie supérieure de la trachée et de l'œsophage; hernie tuniquaire de la muqueuse de l'œsophage.

Sur ce modèle en plâtre on constate, à la partie supérieure de l'œsophage, à sa face postérieure, l'existence d'une vaste poche située entre l'œsophage et la colonne vertébrale. Cette poche a une longueur de 6 centimètres sur 9 de circonférence; elle simule assez bien un jabot et elle est constituée par une hernie de la muqueuse de l'œsophage, immédiatement au-dessous des muscles constricteurs. Le professeur Cruveilhier a donné à cette lésion le nom de hernie tuniquaire.

(M. Coffin.)

N° 203. — Gros intestin; hernies tuniquaires.

Cette pièce, qui comprend une partie du côlon descendant ainsi que l'iliaque, a été trouvée, dans les amphithéâtres de dissection, sur le cadavre d'une vieille femme.

Il existe, sur toute la portion d'intestin indiquée, et sur les côtés des bandelettes musculaires verticales qui s'observent dans cette partie du tube digestif, une série de tumeurs dont le nombre est considérable. Elles ont le volume d'un gros pois, et sont enveloppées extérieurement par une mince couche de graisse. Ces petites tumeurs sont appendues, sur le côté de l'intestin, par un mince pédicule; si l'on étudie avec soin leur structure, on constate qu'elles ont la disposition suivante : par leur pédicule, qui est assez étroit et présente une disposition valvulaire, elles sont en communication avec la cavité de l'intestin. Leurs tuniques constituantes sont au nombre de deux : la séreuse et la muqueuse; la membrane musculeuse manque. Le mécanisme de leur formation indique que c'est à travers cette membrane que s'est herniée la muqueuse, qui s'est mise en contact avec la séreuse.

Il résulte de cette disposition que le pédicule de ces tumeurs étant étroit, comme étranglé, les matières concrètes du gros intestin peuvent assez facilement s'engager dans ces petits diverticulums, mais leur retour dans la cavité intestinale est plus difficile. Par leur séjour, ces petites boules fécales emprisonnées, peuvent irriter, enflammer les parois de la cellule qui a peu de résistance, et en déterminer la perforation qui s'opère alors dans la cavité abdominale.

(Professeur Broca.)

Deuxième sous-ordre.

HERNIES DIAPHRAGMATIQUES.

Les pièces relatives aux hernies diaphragmatiques sont au nombre de six seulement, du n° 204 au n° 209 inclusivement. La pièce n° 204 est un exemple de hernie diaphragmatique traumatique assez rare : la lésion siége à droite et le foie fait hernie à travers la rupture du diaphragme.

Les pièces n^{os} 205, 206 et 207 sont des exemples de hernies diaphragmatiques congénitales sans sacs ; sur deux de ces

pièces, nos 205 et 207, une grande partie de l'intestin a passé dans la poitrine; sur la pièce n° 206, la perte de substance du diaphragme est obturée par le foie.

Les deux pièces nos 208 et 209 sont des exemples de hernies diaphragmatiques avec sac herniaire, formé par l'adossement du péritoine et de la plèvre. Il s'agit ici d'un véritable éraillement du diaphragme : la poche n° 208 fait une saillie considérable du côté de la cavité thoracique.

N° 204. — Diaphragme et foie; rupture traumatique du diaphragme, hernie du foie.

Cette pièce a été trouvée sur un individu qui était tombé d'un deuxième étage sur le dos ; le malade transporté à l'hôpital est mort deux heures après. Pendant la vie on avait constaté une fracture de l'olécrâne avec plaie communiquant dans l'articulation. La tête ne portait aucune trace de contusion.

A l'autopsie on constata, comme cela se voit sur la pièce, que l'aponévrose du diaphragme dans sa partie droite, près de son centre, présentait une déchirure de 12 centimètres dans le sens transversal, et de 8 dans le sens antéro-postérieur. Les bords de cette vaste rupture sont restés écartés par la face convexe du foie qui est venue faire saillie dans la cavité thoracique, et ferme hermétiquement la déchirure. La portion de foie ainsi herniée présente près du bord postérieur de cet organe deux ruptures peu profondes, et d'une longueur de 2 à 3 centimètres chacune : ces ruptures avaient donné lieu à un énorme épanchement sanguin dans la cavité pleurale droite, le sang avait été retenu dans la poitrine, par suite de l'adaptation exacte du foie à la déchirure diaphragmatique. Il existait en outre dans la cavité abdominale de petits épanchements sanguins collectionnés en foyer.

(Professeur Velpeau, *Soc. anat.*, 1849. p. 263.)

N° 205. — Thorax de fœtus; hernie diaphragmatique gauche sans sac.

Cette pièce a été rencontrée sur un fœtus. On constate qu'il existe, à gauche, une hernie diaphragmatique sans sac herniaire. Le diaphragme à gauche manque dans une étendue considérable ; les bords de la solution de continuité, qui est congéniale, sont cicatrisés. Le cœur est refoulé à droite, les poumons sont petits et comprimés.

L'estomac, la rate, une grande partie de l'intestin grêle et le côlon transverse ont passé dans la cavité thoracique gauche.
(Professeur Gerdy, 1821.)

N° 206. — Thorax d'un enfant; hernie diaphragmatique congéniale du côté droit.

Cette pièce provient d'une petite fille de 3 ans 1/2. On constate, à droite, l'existence d'une hernie diaphragmatique sans sac herniaire. L'ouverture diaphragmatique, qui est congénitale, est considérable ; elle est constituée par une absence de la portion musculaire et aponévrotique de la partie droite du diaphragme, ainsi que de la portion des deux séreuses qui la recouvre
L'orifice est obturé par le lobe correspondant du foie, dont une légère portion fait saillie dans la cavité thoracique.
(M. Guesnard.)

N° 207. — Tronc d'un fœtus, hernie diaphragmatique congénitale gauche sans sac herniaire.

Sur cette pièce, qui a été recueillie sur un fœtus, on constate que la portion aponévrotique gauche du diaphragme manque; il existe en ce point une perforation à travers laquelle s'est faite une hernie. La hernie est constituée par la plus grande partie de l'intestin grêle, qui occupe la presque totalité du côté gauche du thorax ; il n'y a que le gros intestin qui soit resté dans l'abdomen.
Les poumons sont petits, le gauche est fortement refoulé en haut et en arrière. Le cœur est dévié à droite, et répond à la ligne médiane du tronc. Ce fœtus paraît à terme.

N° 208. — Portion de colonne vertébrale, avec le diaphragme; hernie diaphragmatique congénitale gauche avec sac herniaire.

Cette pièce très-intéressante a été trouvée sur un enfant âgé de 4 mois, qui était notablement amaigri, peu développé.
En examinant le thorax on le trouve déformé à sa partie antérieure, la région épigastrique était déprimée ; les cartilages costaux au lieu de faire suite aux côtes, étaient comme luxés en dedans, et produisaient par cette direction vicieuse, une dépression plus forte à gauche qu'à droite, où elle existait à peine. La dyspnée était considérable, et l'enfant toussait avec beaucoup de difficulté.
En l'auscultant on entendait du râle sous-crépitant dans toute

l'étendue des deux poumons à leur partie postérieure, et rien en avant; la percussion donnait un peu de matité à droite, ainsi qu'au sommet du poumon gauche, mais, à partir de la fosse sous-épineuse du même côté, jusqu'à sa base, la sonorité était très-grande, et aussi prononcée, pour ne pas dire plus, que dans l'emphysème pulmonaire. La dyspnée continua à augmenter, les ailes du nez se dilataient beaucoup à chaque inspiration, et en même temps, on remarquait que la paroi abdominale, au niveau de la région épigastrique, remontait pour ainsi dire derrière la base du thorax.

La cavité thoracique gauche est envahie presque complètement par une poche du volume du cœur d'un adulte, qui s'élève jusqu'au niveau du troisième espace intercostal, et qui avait refoulé le lobe supérieur du poumon gauche tout à fait au sommet de la poitrine, tandis que le lobe inférieur était, ainsi que le cœur, dévié à droite de la ligne médiane. Cette tumeur que l'on constate sur la pièce s'affaissait par la pression ; mais abandonnée à elle-même, elle revenait bientôt à sa première position.

L'intestin grêle et le foie ne paraissaient avoir subi aucun déplacement; mais en écartant les circonvolutions intestinales, et en les tirant en bas, on a constaté qu'une partie de ces anses était engagée dans cette espèce de sac herniaire; et, après les avoir écartées, on vit que l'estomac était logé complètement dans cette poche. Sa position était verticale, suivant son grand axe ; la grosse tubérosité répondait à la partie la plus élevée de cette cavité ; la grande courbure regardait en dehors. A gauche de l'estomac, se trouvait une partie du côlon transverse et descendant. Quant à la rate elle avait suivi complètement l'estomac, et répondait au niveau des articulations de la deuxième et troisième côte avec la colonne vertébrale.

La poche est formée par le péritoine et par la plèvre : ces deux séreuses sont tellement unies qu'il est impossible de les séparer. De leur adossement résulte une cloison peu épaisse, transparente, au niveau de laquelle les fibres musculaires du diaphragme manquent complètement, et n'existent que dans l'endroit où cette poche se continue avec la partie diaphragmatique droite, et au niveau du pilier gauche du diaphragme. A cet endroit, en effet, on voit quelques fibres d'apparence musculaire, très-minces, divisées en petits faisceaux qui se perdent bientôt sur la poche.

L'ouverture par laquelle les viscères pénétraient dans le sac herniaire est circulaire; elle a cinq centimètres de diamètre. Le fond de la poche présente un peu plus d'étendue, et est sensiblement dilaté. Au niveau de l'ouverture, on voit très-distinctement la séreuse de l'abdomen pénétrer dans la poche. Il est probable que ce sac herniaire, qui a dû se produire insensiblement,

aurait envahi toute la cavité gauche de la poitrine et refoulé devant lui tout le poumon gauche, si l'enfant avait vécu plus longtemps.
(M. Boulland, *Soc. anat.*, 1846, t. XXII, p. 333.)

N° 209. — Portion de colonne vertébrale, avec le diaphragme; hernie diaphragmatique gauche avec sac.

Cette pièce provient d'une femme de 76 ans. Cette lésion, qui a été trouvée sur le cadavre, n'avait point été soupçonnée pendant la vie. Au-devant du trou œsophagien on constate dans le diaphragme une perte de substance qui a environ 4 centimètres de diamètre, et dans laquelle les éléments musculaires et aponévrotiques manquent complètement. Le péricarde et le péritoine sont adossés et forment un sac herniaire, à collet large du volume d'une orange, saillant dans la poitrine : il renfermait une partie du grand cul-de-sac de l'estomac.
(M. Barth, *Soc. anat.*, 1851, t. XXVI, p. 147.)

3e *Sous-Ordre.*

HERNIES OMBILICALES.

Je confondrai sous le nom générique de hernies ombilicales toutes les hernies qui se font par la partie moyenne de la région abdominale antérieure. Dans ce sous-ordre on peut encore distinguer deux variétés, à savoir : 1° les hernies ombilicales par éventration abdominale ; 2° les hernies ombilicales de l'adulte.

Première variété.

HERNIES OMBILICALES PAR ÉVENTRATION ABDOMINALE.

Les hernies par éventration abdominale sont les unes accidentelles et par conséquent postérieures à la naissance, les autres congénitales. Deux pièces seulement, l'une qui est un modèle en plâtre, n° 210, l'autre un modèle en cire, n° 225, se rapportent à la première espèce, aux hernies par éventration abdominale, et postérieures à la naissance. Les

autres pièces sont toutes relatives à des lésions congénitales.

Le professeur Cruveilhier a fait rentrer dans la classe des hernies par éventration abdominale congénitales, les hernies ombilicales de la naissance ; car, dit-il, « les membranes transparentes qui constituent la poche, à base très large, dans laquelle sont contenues les parties déplacées, font suite aux parois abdominales ». C'est cet ordre qui a été suivi dans le classement des pièces du Musée.

Je crois cependant que l'on doit établir une distinction entre les exomphales congénitaux et l'éventration : dans ce dernier cas les parois abdominales sont largement ouvertes. On peut, il est vrai, considérer ces deux lésions comme étant un arrêt de développement, et reproduisant un état transitoire plus ou moins avancé de la vie embryonnaire.

Il existe, dans le Musée, quinze pièces d'éventration abdominale congénitale, du n° 211 au n° 225 inclusivement. Cinq de ces pièces, n^os^ 211, 212, 213, 214 et 215, sont relatives à l'exomphale congénital : le pédicule d'implantation de la tumeur herniaire a des dimensions variables. Sur toutes ces pièces, le cordon est circonférentiel, et c'est sur la partie latérale gauche qu'il s'insère. La tumeur herniaire est enveloppée de membranes minces, transparentes, qui sont au nombre de deux, et que l'on peut facilement séparer, surtout sur la pièce n° 214.

La membrane externe se continue avec la peau, au pourtour de l'ouverture herniaire ; l'interne, avec le péritoine et les parois abdominales. La poche est quelquefois rompue, n^os^ 213, 214, au moment de la naissance ; d'autre fois cette rupture est postérieure. Sur les pièces n^os^ 212 et 213, cette lésion est compliquée de *dérencéphalie*.

Comme exemple d'éventration abdominale proprement dite, il existe dans le Musée dix pièces, du n° 216 au n° 225 inclusivement. Il existe entre toutes ces pièces de grandes différences qui sont relatives au siège de l'éventration, à son étendue, et à ses complications. C'est à ce vice de conformation que I.-G. Saint-Hilaire a donné le nom de « monstres célosomiens », et, pour cette raison, j'aurais peut-être dû placer

ces pièces dans la tératologie. Tous ces petits monstres ont un caractère commun, que le professeur Cruveilhier invoque au point de vue de l'étiologie de la lésion, et qui consiste en une inclinaison latérale du tronc ; il cite même comme un exemple-type, dans son ouvrage d'anatomie pathologique, la pièce n° 218. Cette déviation latérale de la colonne vertébrale, amène une diminution en hauteur de la cavité abdominale.

Quant au siège de l'éventration il peut différer. Sur la pièce n° 216, l'éventration occupe la partie moyenne de l'abdomen ; sur les pièces n^os^ 218, 221, 223, elle est latérale et siège sur le côté gauche. La fissure s'étend en même temps, sur ces pièces, à la région thoracique ; il en est de même sur les pièces n^os^ 219 et 222, où l'éventration occupe le côté droit. Lorsque l'éventration est limitée à l'abdomen, n° 224, et qu'elle siège du côté droit, elle peut être limitée à la région sous-ombilicale.

La plupart des viscères abdominaux peuvent entrer dans la composition de ces hernies par éventration, le rectum seul reste en place. Lorsque la fissure congénitale s'étend au thorax, le cœur lui-même peut entrer dans l'éventration, qui est à la fois thoracique et abdominale. Le cœur peut alors conserver sa direction normale, ou être relevé de bas en haut, par suite de la pression des autres viscères. Sa pointe, au lieu d'être dirigée en bas et à gauche, regarde alors en haut, et peut correspondre au niveau de la partie antérieure de l'épaule : il y a un véritable renversement.

Sur toutes ces pièces d'éventration ombilicale, à l'exception du n° 224, il existe une large rupture des membranes d'enveloppe de la hernie, et l'intestin se trouve à nu ; aussi très-souvent porte-t-il les traces de péritonite. L'exemple le plus remarquable de cette lésion est le n° 223. Sur cette pièce, les circonvolutions de l'intestin sont réunies en une seule masse en forme de paquet, et emprisonnées par de fausses membranes. Cet intestin devenu dense, ne laissait plus probablement passer le méconium, car l'estomac, sur cette pièce, est très dilaté, tandis que le gros intestin, très reconnaissable à ses bosselures, est notablement rétréci et égale à peine une grosse plume de corbeau.

Comme ces éventrations abdominales congénitales, forment une des familles tératologiques, les célosomiens, et qu'il en sera à peine question dans mon dernier volume qui sera consacré à la tératologie, j'ai cru devoir leur consacrer dans ces généralités un certain nombre de réflexions générales.

Ces anomalies par éventration abdominale sont rarement simples; elles peuvent présenter un certain nombre de complications tératologiques qui ont servi à I.-G. Saint-Hilaire, à établir un certain nombre de genres dans la famille des célosomiens. Je signalerai, sur les pièces du Musée, l'atrophie du membre thoracique du côté correspondant à la fissure de la poitrine, nos 218, 220. C'est à ce genre que I.-G. Saint-Hilaire donne le nom de *pleurosome*.

D'autrefois le membre thoracique manque complètement en apparence, nos 217, 219; on le retrouve à l'état rudimentaire, implanté à la partie antérieure du sternum ou sur le rebord de l'éventration abdominale. Le membre abdominal correspondant à l'éventration peut également être atrophié, nos 216 et 222. Le scrotum est également divisé, sur ces pièces, en deux moitiés, et l'orifice anal manque souvent, no 216.

Le cerveau lui-même peut faire hernie, no 220, ou bien il peut encore exister une anencéphalie, mais particulièrement la variété que I.-G. Saint-Hilaire appelle *dérencéphalie*. On observe aussi, sur trois de ces pièces, un *spina bifida* de la région sacrée.

Sur la plupart de ces pièces, je dois encore noter que le cordon ombilical est très court, n° 221, et que de plus, le placenta contracte souvent des adhérences avec certaines parties du fœtus.

N° 210. — Modèle en plâtre du tronc avec les deux cuisses; éventration abdominale considérable.

(Professeur Mutter.)

N° 211. — Fœtus à terme; hernie ombilicale congénitale.

Sur ce fœtus, du sexe masculin, bien développé, terme, on observe un exomphale congénial. La tumeur herniaire qui n'est

point ouverte, a le volume du poing environ. Elle contient probablement une grande partie des intestins, d'où est résulté un affaissement notable du ventre.

Le pédicule de cette tumeur est assez étroit, il est recouvert par la peau normale, mais les caractères de cette membrane cutanée cessent brusquement et circulairement pour se continuer sous forme de paroi mince, demi-transparente, qui a tous les caractères des enveloppes du cordon. Les enveloppes de la hernie, par leur peu d'épaisseur et leur aspect, tranchent donc notablement sur le reste de la peau, le cordon, loin de s'insérer au centre de la tumeur, s'implante au contraire à gauche et en bas. Les autres parties du fœtus sont extérieurement bien conformées, à l'exception cependant du membre abdominal gauche qui est affecté d'un pied bot varus.

(M. Houel, 1856.)

N° 212. — Fœtus; éventration ombilicale.

Ce fœtus, du sexe féminin, d'environ 6 à 7 mois, est affecté d'éventration ombilicale. La tumeur n'est point pédiculée, elle est sans rupture des membranes, et considérable; elle contient très-probablement la plupart des viscères abdominaux. Le cordon ombilical s'insère à la partie inférieure et gauche de l'éventration. Au pourtour de la tumeur, on voit cesser brusquement la peau, et le reste de la poche est constitué par des membranes minces transparentes, qui se continuent avec celles du cordon.

Ce fœtus est en outre, affecté d'anencéphalie et d'hydrorachis, c'est un dérencéphale (Is. G. Saint-Hilaire). Le tronc est très court et courbé à concavité antérieure.

N° 213. — Fœtus; hernie ombilicale.

Ce fœtus, âgé de 6 à 7 mois, anencéphale (genre dérencéphale (I.-G. Saint-Hilaire), est affecté d'une hernie ombilicale légèrement pédiculée. La tumeur, du volume d'une orange, contient dans son intérieur plusieurs viscères abdominaux. Le cordon s'implante à la partie inférieure et gauche de la tumeur, dont les membranes minces, transparentes, sont déchirées à la partie inférieure. Par cette déchirure, on voit apparaître le foie, qui bouche en grande partie l'orifice de la hernie.

N° 214. — Fœtus; hernie ombilicale.

Fœtus d'environ 6 mois, qui est affecté d'une hernie ombili-

cale. La tumeur a le volume d'un œuf de poule. Le pédicule est étroit : il a 1 centimètre 1/2 de diamètre, tandis que la base en présente 5.

Les enveloppes de la hernie sont minces, transparentes: elles se sont rompues pendant l'accouchement. La rupture a eu lieu au niveau de la base de la tumeur ; à cet endroit, il existe une fente de 4 centimètres de long. L'examen des parois herniaires permet de constater qu'elles sont constituées par deux membranes qui ont contracté quelques adhérences entre elles : l'externe plus mince, facile à déchirer, l'interne plus épaisse, plus résistante est comme aponévrotique. Au niveau de l'anneau, la membrane externe se continue avec la peau, et l'interne avec le reste de la paroi abdominale. Le cordon ombilical ne correspond point au centre de la tumeur : il est circonférentiel et il s'insère à la partie latérale gauche de la hernie, à 1 centimètre environ de son pédicule.

Les viscères contenus dans la hernie sont : le foie, qui en occupe la partie droite ; la partie gauche renferme la plus grande partie de l'intestin grêle, avec le cœcum et une certaine portion du côlon ascendant. Au niveau du pédicule de la hernie se trouve l'estomac auquel est accolée la rate. Un fait important à constater sur ce fœtus, c'est que le mésentère est rompu au niveau de son adhérence à la colonne vertébrale ; il semble qu'il n'ait pu se prêter à l'allongement qu'il aurait dû subir, pour que tout l'intestin vienne ainsi faire hernie Cette rupture est ancienne, car les bords en sont cicatrisés. L'intestin, dans une grande partie de son étendue, se trouve être flottant, privé de ses vaisseaux. Il faut alors, pour que la vie ait pu s'entretenir, que l'artère mésentérique inférieure et l'artère pancréatico-duodénale aient suppléé à la circulation de l'artère mésentérique supérieure, car l'intestin est bien développé, libre de toute adhérence. Ce fœtus, bien conformé du reste, en apparence, ne présente point d'autres vices de conformation.

(M. Houel, *Soc. anat.*, 1849, t. XXIV, p. 215.)

N° 215. — Fœtus; hernie ombilicale.

Ce fœtus, de 5 à 6 mois, est affecté de hernie ombilicale. La tumeur arrondie, globuleuse, a le volume d'un œuf de poule : elle est pédiculée. Le cordon ombilical, au lieu de s'insérer au centre, comme l'avait indiqué Ph. Bérard, s'implante en bas et à gauche, disposition qui est la plus fréquente et que M. Cruveilhier a signalée dans son *Traité d'Anatomie pathologique*.

Au niveau du pédicule de la tumeur, la peau cesse brusquement, elle est remplacée par des membranes minces, transparentes, qui se continuent avec le cordon. Incisées, elles peuvent, dans cer-

tains points, être séparées avec assez de facilité en deux feuillets, dont l'un se continue avec la peau, l'autre avec le péritoine. A leur intérieur, on constate l'existence de la plus grande partie de l'intestin, la rate et la totalité du foie. C'est précisément à cause de cette dernière particularité, que M. Lizé a cru devoir adresser ce fœtus à la Société de chirurgie. Les éléments du cordon présentent la disposition suivante : à la partie inférieure de la hernie existent les deux artères ombilicales, et dans la paroi supérieure gauche est la veine ombilicale.

(MM. Lizé et Houel. *Soc. de chir.*, t. IX, p. 338, 1859.)

N° 216. — Fœtus ; éventration abdominale considérable.

Fœtus du sexe masculin ; la partie supérieure du tronc est bien conformée, la moitié inférieure est le siège de plusieurs vices de conformation, dont le plus important est une éventration abdominale considérable, par laquelle se sont échappés le foie, l'estomac, la rate, l'intestin grêle et la plus grande partie des intestins. Cette éventration est médiane : les parois abdominales manquent à peu près complètement ; la poche formée de ces deux feuillets est largement ouverte, on n'en retrouve plus que les débris. La colonne vertébrale est le siège de déviations, d'où résulte une diminution notable dans la longueur du ventre. Le bassin est rétréci, les organes génitaux mâles extérieurs sont bien reconnaissables, mais les deux moitiés du scrotum sont restées séparées et situées de chaque côté de la verge. Il n'y a pas d'ouverture anale, ni aucune trace de cet orifice. Le membre abdominal droit est le siége d'une atrophie notable, le gauche est bien conformé. Adhérences du foie aux membranes du placenta.

(M. Pigné.)

N° 217. — Fœtus ; éventration abdominale.

Enfant du sexe féminin, de 8 mois, dont le tronc, au niveau de la région abdominale, a subi une forte déviation à gauche. La colonne vertébrale, de ce côté, présente une convexité très prononcée : le fœtus est comme plié sur lui-même du côté droit.

Par suite de cette inflexion latérale droite du tronc, la capacité de l'abdomen se trouve considérablement diminuée, et la plupart des viscères abdominaux sont sortis du ventre. On constate dans la tumeur qu'ils forment, l'estomac, le foie, la rate, l'intestin grêle, et une portion du gros intestin. Au-dessus du foie, la cavité thoracique présente également une fissure verticale, par laquelle le cœur s'échappe de sa cavité normale. Il est enveloppé de son péricarde, mais il a subi un mouvement de bascule de

bas en haut, tel, que la pointe est dirigée en haut et à gauche : sa base en arrière et à droite.

Dans plusieurs points, le mésentère n'ayant pu se prêter à la distension nécessitée par l'issue des viscères hors la cavité du ventre, s'est rompu. La paroi de la poche qui enveloppe cette éventration est largement ouverte ; c'est à peine si on trouve la trace du cordon qui s'implante sur le côté latéral droit de la hernie.

Le membre thoracique gauche manque complètement ; à sa place existe un petit moignon, sans trace de cicatrice à la peau qui, dans ce point, est recouverte de poils. Mais on retrouve à la partie antérieure du sternum un appendice d'une longueur d'environ 4 centimètres, présentant à sa partie moyenne une articulation, et qui se termine par une extrémité arrondie. Cet appendice représente manifestement le bras gauche rudimentaire. Le reste du fœtus est bien conformé.

Ce fœtus appartient à la famille des monstres *célosomiens* de M. Is.-G. Saint-Hilaire, et au dernier genre de cette famille, aux *célosomes*.

(M. Houel.)

N° 218. — Fœtus ; éventration abdominale.

Fœtus sur lequel existe une éventration abdominale, qui siége sur la partie latérale gauche du tronc. Tous les viscères abdominaux, à l'exception des reins, sont en dehors de la cavité abdominale. Les membranes d'enveloppes de la hernie qui adhéraient au placenta sont rompues, on ne les retrouve plus qu'à la périphérie de l'ouverture, dans le point où elles se continuent avec les parois fœtales. Les viscères herniés sont groupés en trois masses rouges, distinctes.

La perforation abdominale occupe principalement le côté gauche, et le fœtus est fortement ployé en double sur le côté latéral droit du tronc, de telle façon que, en exagérant un peu cette position, les membres inférieurs viennent s'appliquer contre la partie latérale droite de la face. Les côtes manquent dans leur partie antérieure. Le cœur, enveloppé de son péricarde, est à nu, mais non déplacé. M. Cruveilhier, dans son ouvrage d'*Anatomie pathologique*, t. 1er, p. 629, cite cette observation comme une preuve que ces vices de conformation sont la conséquence d'une position vicieuse dans le sein de la mère, et par suite de compressions exercées sur diverses parties. Le membre thoracique gauche est atrophié, la main est attachée au tronc par un humérus rudimentaire : il existe donc de ce côté de la phocomélie.

(M. Escalier, *Société anat.* 1848, t. XXIII, p. 356.)

N° 219. — Fœtus; éventration abdominale située à droite.

Cet enfant, du sexe féminin, était presque à terme : on constate, à droite, l'existence d'une éventration abdominale considérable : les parois de la poche manquent complètement, et le cordon ombical est implanté sur la partie latérale gauche de l'éventration.

Presque tous les viscères sont situés en dehors de la cavité abdominale; ainsi, on trouve dans l'éventration : le foie, l'estomac, la rate, l'intestin grêle, le gros intestin Le rectum seul, avec le rein, est resté en place. Au-dessus du foie, du côté droit, les côtes manquent complètement, la clavicule est réduite à son extrémité interne ; il existe donc de ce côté une large fissure thoracique verticale, sans déplacement évident des organes.

Le membre supérieur droit, par conséquent du même côté que l'éventration, manque à sa place ordinaire. On trouve sur la ligne médiane, au-devant du sternum, à 1 centimètre environ de son extrémité supérieure, un petit appendice long de 4 à 5 centimètres, qui est évidemment le bras rudimentaire déplacé. Il présente à sa partie moyenne une articulation qui paraît correspondre au carpe, et à laquelle font suite trois os distincts qui sont des métacarpiens, qui eux-mêmes se terminent par trois doigts assez bien conformés et dont l'un paraît être le pouce.

La colonne vertébrale présente de nombreuses inflexions latérales alternes.

Cet enfant, par la multiplicité et la nature de ces déviations tératologiques, qui sont incompatibles avec la vie, appartient à la famille des monstres célosomiens de M. Is.-G. Saint-Hilaire, et au genre *célosome* spécialement.

N° 220. — Fœtus; éventration abdominale.

Enfant du sexe masculin, d'environ 8 mois et peu développé : il présente une inflexion latérale de la colonne vertébrale, au niveau de la partie inférieure de la région dorsale : elle est à concavité gauche. Les parois abdominales sont fissurées verticalement sur la ligne médiane, et il en résulte une éventration à travers laquelle font hernie le foie, l'estomac, la rate, l'intestin grêle, le gros intestin ; le rectum seul avec le rein sont en place ; l'anus est normal. L'intestin grêle a subi une dilatation assez considérable, et se continue sans ligne de démarcation avec le gros intestin : on ne trouve point trace de cæcum. La poitrine présente également une fissure du sternum qui s'étend jusqu'aux cartilages et aux côtes gauches, à travers laquelle fait hernie le cœur, dépourvu de son péricarde. Le cœur est en outre redressé de bas en haut, et de droite

à gauche ; sa pointe se trouve relevée et correspond au niveau de l'épaule gauche. Il existe en outre une hernie du cerveau : il y a absence de la portion verticale du frontal et de la plus grande partie des pariétaux.

Le membre supérieur gauche est atrophié ; on en reconnaît cependant distinctement tous les segments : l'arrêt de développement a principalement porté sur l'humérus et la main qui est palmée. Sur la cuisse et la jambe gauche, il existe à la peau de petites excroissances vermiculaires, longues d'environ 2 centimètres et filiformes.

Cet enfant appartient à la famille des monstres célosomiens de M. Is.-G. Saint-Hilaire, et plus spécialement au genre *pleurosome*.

N° 221. — Fœtus anencéphalien ; éventration abdominale avec fissure thoracique.

Ce fœtus, qui est à terme, est à la fois célosomien et anencéphale. Sur le côté droit du tronc, au niveau de la partie inférieure de la région dorsale, existe une inflexion latérale assez marquée de tout le corps, de telle sorte que l'enfant est comme plié en deux.

Du côté opposé, par conséquent sur la face latérale et gauche du tronc, existe une éventration *thoraco-abdominale* qui a donné issue à la plus grande partie des viscères, parmi lesquels on reconnaît le foie, la rate, et la presque totalité du paquet intestinal, le rectum seul étant resté en place. L'anus est bien conformé, ainsi que les organes génitaux. La fissure s'étendant jusqu'au côté gauche du thorax, il existe à ce niveau une hernie du cœur qui est revêtu de son péricarde. Le membre thoracique gauche est moins long que le droit, mais du reste bien conformé.

La partie supérieure du crâne manque presque en entier ; le cordon ombilical, implanté sur le côté droit de l'abdomen, est normal quant au volume, mais très-court, puisqu'il est réduit à 15 centimètres de longueur. Il croise obliquement la face antérieure de l'abdomen et du thorax, pour gagner le côté gauche du crâne du fœtus. A ce niveau, les enveloppes du cordon ont contracté de larges adhérences avec les enveloppes du cerveau, avec lesquelles elles se confondent, et le placenta, situé immédiatement au-dessus de la tête du fœtus, est volumineux et normal.

(M. Houel. *Mémoires de la Soc. de Biologie* 1857, t. IV de la 2me série, p. 57.)

N° 222. — Fœtus ; éventration abdominale avec hernie du cerveau et adhérences du placenta aux méninges.

Ce fœtus, du sexe masculin, né au huitième mois, présente sur le côté droit une éventration abdominale avec hernie du cerveau

et adhérence des enveloppes du placenta aux méninges. Il appartient, par ces deux anomalies principales, à deux des familles tératologiques de Is.-G. Saint-Hilaire : il est célosomien et anencéphalien.

Au niveau de la partie inférieure de la région dorsale, ce fœtus présente une forte inflexion de la colonne vertébrale, dirigée d'arrière en avant et de gauche à droite ; et, de plus, une rotation légère de la moitié du tronc, de telle sorte que l'oreille droite et l'anus se correspondent à peu près sur une même ligne verticale. Par suite de cette déviation de la tige rachidienne, les deux côtés du tronc sont loin d'avoir la même longueur : à gauche, on mesure de l'oreille à l'épine iliaque 6 cent. 1/2; à droite, 10 cent. 1/2.

De cette inclinaison antérieure et latérale résulte une diminution notable de la capacité de la poitrine et surtout de l'abdomen; aussi, existe-t-il du côté droit une éventration abdominale qui a donné issue au foie, à la rate, à l'estomac, à l'intestin grêle et au gros intestin ; le rectum seul conserve sa place normale. Il n'existe point chez ce fœtus de fissure thoracique.

La tête présente aussi une anomalie intéressante : le squelette de la voûte du crâne manque complètement; celui de la base seule existe, et, comme le coronal n'est pas également développé à droite et à gauche, il en résulte que l'œil de ce dernier côté se trouve placé sur un plan inférieur à celui du côté droit. Les centres nerveux n'existent point. Par suite de l'absence des os de la voûte du crâne, les parties molles qui forment le cuir chevelu se confondent avec la dure-mère et ont, sur le côté gauche, contracté de larges adhérences avec la circonférence du placenta, qui se trouve situé immédiatement au-dessus de la tête.

Le placenta est normal, quant à sa forme et à son volume; le cordon ombilical n'a point été examiné, mais il est probable, si l'on en juge par les débris qui existent encore sur ce fœtus, qu'il était fort court.

Les membres sont aussi le siège de nombreuses malformations, mais qui portent spécialement sur le côté correspondant à l'éventration. Le bras droit manque complètement, et le membre inférieur paraît comme amputé, au niveau de la partie moyenne de la jambe. Vers le creux poplité, existe un petit tubercule cutané, pédiculé, qui simule un appendice digitiforme; un second, ayant les mêmes caractères, mais plus volumineux, est situé à la partie moyenne de la cuisse correspondante.

(Prof. Rayer, *Soc. de Biologie* 1857, p. 57.)

N° 223. — Fœtus ; éventration abdominale avec hernie du cerveau et adhérences des enveloppes du placenta aux méninges.

Fœtus célosomien et anencéphale (genre dérencéphale) Is.-G.

Saint-Hilaire. Ce fœtus, du sexe féminin, est très-fortement infléchi sur le côté droit, au niveau de la partie inférieure de la région dorsale, d'où résulte que les viscères se trouvent refoulés vers le côté gauche, où ils forment une tumeur volumineuse, dépourvue d'enveloppe. Cette éventration abdominale contient le foie, la rate, l'estomac, tout le paquet intestinal; le rectum seul occupe sa place normale. L'intestin grêle, sous la forme d'une masse dans laquelle on distingue encore les circonvolutions, est maintenu dans cette position par des brides résultant de fausses membranes: il est plissé sur lui-même. Ses parois sont denses, rigides, et sa cavité, dans certains points, est notablement rétrécie ; aussi l'estomac est-il très dilaté et rempli de méconium, et le gros intestin fortement revenu sur lui-même, et atteignant à peine le volume d'une très petite plume d'oie.

Le cœur, revêtu de son péricarde, est également situé en dehors de la cavité thoracique, et la voûte du crâne, absente dans la plus grande partie de son étendue, n'est constituée que par des membranes minces, qui perdent l'aspect cutané pour devenir transparentes et auxquelles adhère, par sa circonférence, le placenta dont le cordon très-court (15 centimètres de long) croise la face antérieure du tronc, et vient s'insérer sur le côté droit de l'éventration.

Les membres sont aussi le siège d'anomalies nombreuses et disposées en sens alternes. Du côté gauche, le membre abdominal est bien conformé, mais le bras manque, et il n'existe dans sa place ordinaire qu'un espèce de moignon. Sur le bord de l'éventration, au côté opposé de l'implantation du cordon, précisement à la même hauteur, on constate l'existence d'un appendice qui n'est autre chose que le membre thoracique gauche déplacé; supérieurement ce membre se continue avec la peau du pourtour de l'éventration. Ce membre est très difforme, et on y reconnaîtrait difficilement trois segments, mais il se termine par trois appendices qui sont les doigts, dont deux, l'indicateur et le médius, sont palmés. Du coté droit, le membre thoracique est bien conformé, mais le membre abdominal est frappé d'arrêt dans son développement : il est plus court que celui du côté opposé et il est, de plus, affecté de *pied-bot varus*. Le raccourcissement est plutôt apparent que réel, parce qu'il tient principalement à l'inclinaison dans laquelle se trouve le bassin par suite de l'inflexion de la colonne vertébrale. Il est, en outre, un peu moins volumineux que celui du côté opposé.

(M. Houel, *Mémoires de la Soc. de Biologie*, 1857, 2e série, t. IV, p. 58.)

N° 224. — Fœtus ; éventration abdominale avec spina-bifida de la région sacrée.

Ce fœtus, à peu près à terme, a été donné par M^me^ Chapuis, sage-femme : il est affecté d'éventration abdominale et de spina-bifida. La présentation a eu lieu par les fesses, et c'est la poche du spina-bifida qui s'est offerte la première ; le travail a duré 18 heures ; l'enfant était mort-né.

La moitié supérieure du tronc est normale ; c'est sur l'inférieure que portent la plupart des vices de conformation. Dans ce point, en effet, il existe une inflexion notable de ce fœtus du côté gauche, la colonne vertébrale se trouve refoulée à droite, où elle offre une convexité assez sensible. La partie sous-ombilicale est le siège d'une éventration qui a permis au foie, à l'estomac, à l'intestin grêle et au gros intestin, de faire hernie en dehors de l'abdomen. La double membrane d'enveloppe de ces viscères a été largement détruite, les vestiges s'en rencontrent seulement au pourtour de l'ouverture abdominale. Le cordon ombilical qui était très-court, s'implante sur le côté latéral gauche et inférieur de la poche, qui, au-dessous de ce point, présente un orifice d'un centimètre de diamètre, par lequel s'échappe une matière verdâtre qui est du méconium ; c'est donc un anus contre nature du gros intestin qui correspond au côlon ascendant, immédiatement au-dessus du cœcum. Le reste du gros intestin manque, l'anus est imperforé. Les organes génitaux, qui appartiennent au sexe masculin, sont assez bien conformés, les deux moitiés du scrotum sont également séparées. La poche du spina-bifida piriforme, très volumineuse, est située sur le côté gauche, au dessous de l'inflexion de la colonne vertébrale et correspond à la région sacrée. Les membres inférieurs, bien conformés, sont dans leur position normale ; le pied gauche est seulement affecté de varus assez prononcé.

(M. Houel, *Soc. anat.*, 1849, t. XXIV, p. 217.)

N° 225. — Modèle en cire, d'une éventration abdominale.

Ce modèle en cire représente, chez une jeune fille, une énorme éventration ombilicale. La tumeur, qui est représentée ouverte, a cinquante centimètres de circonférence à sa base, et 15 de saillie du côté droit. On trouve dans cette poche la plus grande partie de l'intestin grêle et l'épiploom.

Deuxième variété.

HERNIES OMBILICALES DE L'ADULTE.

Cinq pièces seulement du Musée, nos 226, 227, 228, 229 et 230, se rapportent à cette variété; encore les nos 228-229, sont des hernies de la ligne blanche, et la pièce n° 230, la hernie d'un diverticulum de l'intestin grêle à travers l'anneau ombilical.

N° 226. — Portion des parois abdominales; hernie ombilicale.

Cette pièce est sans renseignements. On constate qu'il existe dans la région ombilicale une tumeur du volume d'une petite orange, globuleuse pédiculée. La cicatrice ombilicale est située à la partie supérieure de cette tumeur. Les parois du sac très minces, sont conservées; la cavité contient une portion d'intestin et d'épiploon qui sont fortement étranglés.

(M. Parmentier, 1853.)

N° 227. — Portion des parois abdominales; hernie ombilicale.

Cette pièce est sans renseignements; on sait seulement qu'elle provient d'un adulte, et il s'est fait à travers l'anneau ombilical une hernie volumineuse, qui s'est étranglée. Dans le sac qui est ouvert, on constate l'existence d'une portion d'intestin grêle composée de trois anses intestinales, dont la supérieure a au moins 20 centimètres. L'épiploon fait également partie de la hernie. Sur les deux moitiés latérales de la tumeur herniaire, dont l'orifice est assez étroit, se retrouvent les cordons oblitérés des deux artères ombilicales, ce qui démontre que c'est bien par l'anneau que la hernie a passé.

(M. Trélat père, 1862.)

N° 228. — Anneau ombilical; hernie ombilicale.

Femme de 50 ans. On constate qu'il existe une ouverture dans la ligne blanche; l'ouverture a 3 centimètres 1/2 dans le sens vertical, et 2 1/2 horizontalement. Le sac herniaire s'était échappé

à travers un éraillement des fibres de la ligne blanche, sur le côté gauche de l'ombilic.

(Prof. J. Cloquet, 1816.)

N° 229. — Portion de la paroi abdominale; hernie sous-ombilicale.

Sur cette pièce il existe une perforation de la ligne blanche, elle est assez irrégulière, elle a environ 1 centimètre de diamètre. Par cette ouverture, il s'était fait une hernie sous-ombilicale qui avait le volume du poing: elle était ancienne et non adhérente.

(M. Pigné.)

N° 230.— Portion de la paroi abdominale d'un enfant; hernie d'un diverticulum de l'intestin par l'ombilic.

Cette pièce a été recueillie sur une petite fille de 9 jours, qui n'avait pu prendre aucune nourriture, elle vomissait à peu près continuellement et avait rendu son méconium à plusieurs reprises.

La séreuse du cordon est détachée de l'anneau cutané par le travail éliminatoire; un sillon large de deux à trois millimètres les sépare.

L'intestin grêle, vers son extrémité inférieure, à 35 centimètres de l'appendice iléo-cœcal, envoie une sorte de diverticulum qui pénètre par l'orifice interne de l'ombilic et monte dans le cordon. Cet appendice représente comme la tige d'un Y, dont les deux branches sont figurées par les deux bouts de l'intestin. Ce prolongement se rétrécit en entonnoir jusqu'à la paroi abdominale; dans cette paroi il offre un conduit étroit, admettant un stylet très fin, et en disséquant le cordon, nous trouvons que la portion herniée de l'intestin est renflée à la base du cordon, et forme là une poche à peu près sphérique, etranglée, au niveau de la paroi abdominale; elle a une hauteur de 15 millimètres. Cette cavité est tendue, rénitente; la pression ne vide nullement son contenu. Elle adhère par les trois quarts supérieurs de sa surface à l'enveloppe épaissie du cordon; ces adhérences se laissent assez facilement déchirer.

Ce diverticulum traverse la paroi abdominale, en laissant au-dessus de lui la veine ombilicale, et au-dessous les deux artères et l'ouraque: il est situé à quelques millimètres à droite de la ligne médiane.

L'infundibulum, qui prend sa base sur l'intestin, en occupe une longueur de 5 centimètres. L'intestin affaissé a une largeur

de 10 millimètres au-dessus et au-dessous de la région, tandis qu'il y a une distance de 5 centimètres entre le bord mésentérique de l'intestin et le sommet de l'entonnoir. Le calibre de l'intestin n'est donc point rétréci par la présence de ce diverticulum.

(Professeur Monneret, *Soc. anat.*, 1864, 2e série, t. IX, p. 100.)

4e *Sous-Ordre.*

HERNIES INGUINALES.

Le nombre des pièces relatives aux hernies inguinales est de onze, du n° 231 au n° 242 inclusivement. Pour six, la hernie siège à droite : nos 231, 235, 237, 238, 239, 242. Pour quatre, nos 232, 240, 241, 242, la hernie est directe. Pour six, nos 234, 235, 236, 237, 238, 239, elle est oblique. Pour trois de ces pièces, la hernie est double, nos 232, 233 et 240. La pièce n° 235 est un exemple de hernie intra-pariétale, celle n° 236 de hernie dans la tunique vaginale. Le n° 237 est un exemple de hernie de l'appendice cœcal; le n° 238 de l'ovaire droit, et la pièce n° 239 est un modèle en cire d'une hernie inguinale droite de la trompe, des deux ovaires et d'une partie de l'utérus.

N° 231. — Modèle en cire de la région abdominale; hernie inguinale droite.

Modèle en cire représentant les viscères de la cavité abdominale qui est ouverte. On constate sur cette pièce, qu'à droite, il existe une hernie inguinale dont le volume est énorme. Cette hernie contient une partie de l'estomac et une portion considérable de l'intestin grêle. L'estomac bilobé au niveau de l'anneau, est très-allongé, la partie qui est encore dans l'abdomen a 25 centimètres de longueur, celle qui est dans le sac herniaire en a 12.

Du côté gauche existe une seconde hernie également inguinale, du volume d'un œuf, contenant seulement une anse d'intestin grêle.

(Professeur Lallement, 1801.)

N° 232. — Bassin avec les aponévroses de l'abdomen; hernie inguinale interne double.

Cette pièce provient d'un homme de 50 ans. A droite il existe

une hernie inguinale interne : le sac a son orifice placé entre l'artère épigastrique qui est en dehors et l'artère ombilicale en dedans ; le fascia transversalis lui fournit une enveloppe immédiate et très mince. Le cordon testiculaire est en arrière; ces deux parties, le cordon et le sac, toutes deux coiffées pour ainsi dire par le fascia, sont en outre recouvertes par le cremaster, l'expansion aponévrotique du pourtour de l'anneau, le fascia superficialis et la peau. On remarque du côté gauche une autre hernie inguinale interne moins avancée que la précédente.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 233. — Segment antérieur du bassin avec les deux fémurs et les aponévroses de l'abdomen ; hernie inguinale droite, à gauche la hernie est double.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans : on constate qu'il existe du côté droit une hernie inguinale externe, du côté gauche la hernie est double, inguinale, externe et interne.

Du côté droit le sac est en bissac, il est divisé par un étranglement circulaire très étroit, qui ne laisse qu'un canal d'environ 1 centimètre 1/2 de diamètre. Dans la cavité supérieure se trouvait une portion du cœcum, dans l'inférieur était son appendice vermiculaire qui, passant à travers le rétrécissement, venait adhérer au fond du sac.

Du côté gauche les deux sacs sont séparés par l'artère épigastrique : le sac interne, qui est le plus petit, a un collet bien prononcé, surtout en dedans, où il repose sur une saillie en croissant, formée par l'artère ombilicale. L'externe plus volumineux est en entonnoir, extérieurement le petit oblique formait un double cremaster à ces deux hernies.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 234. — Moitié latérale gauche du bassin avec les aponévroses de l'abdomen ; hernie inguinale externe.

Cette pièce, très-bien préparée, a été trouvée sur un homme; on constate qu'il existe une hernie inguinale gauche oblique et ancienne. La hernie contient une anse d'intestin et le sac est entouré par le cremaster, il descend assez bas dans le scrotum pour arriver jusqu'à l'épididyme : il présente une cavité bien distincte de la tunique vaginale.

La hernie étant ancienne, les deux orifices, l'interne et l'externe, ont perdu leur obliquité, ils semblent superposés l'un à l'autre.

Les vaisseaux du cordon sont situés en dehors et en arrière du collet du sac; l'artère épigastrique qui est située en dedans du

collet, le contourne en quelque sorte, et dans son trajet, elle donne naisssance à l'artère obturatrice.

(M. Follin.)

N° 235. — Pubis gauche avec sa branche horizontale; hernie inguinale intra-pariétale.

Cette pièce provient d'un homme de 51 ans qui, pendant 17 jours, malgré un très grand nombre de purgatifs, a présenté des symptômes d'étranglement, sans qu'il soit possible dans aucun point de l'abdomen, ni des anneaux de reconnaître la présence d'une tumeur herniaire.

Les intestins étaient généralement libres entre eux, non injectés, excepté au voisinage de l'orifice inguinal droit de l'abdomen.

En arrivant vers le pli de l'aîne de ce même côté, on a trouvé l'intestin grêle distendu et injecté à cet endroit, tandis qu'à partir de ce point il est revenu sur lui-même et assez décoloré, ainsi que le gros intestin.

En suivant l'anse intestinale injectée, on constate une sorte de tuméfaction ayant la forme et le volume d'une grosse noix, rétrécie dans un point où l'anse intestinale s'engage, mais en partie seulement. Il suit de là, que toute la circonférence de l'intestin n'est point renfermée dans cette poche, que le bord mésentérique est placé en dehors et au-dessus d elle.

Fendue avec précaution suivant son grand axe, au-dessous du point où elle reçoit l'intestin la partie tuméfiée se montre constituée par une enveloppe renfermant dans son intérieur l'extrémité de l'anse intestinale déjà signalée. L'intérieur de la poche, véritable sac herniaire, était lisse, poli et ne contenait point de liquide. L'anse intestinale avait contracté en avant au collet, et en bas de chaque côté, des adhérences pseudo-membraneuses anciennes.

Vers le point par lequel l'intestin s'engageait dans la cavité, on trouve au sac un orifice un peu froncé sur ses bords, et l'intestin adhère fortement contre la partie de l'orifice, mais seulement en avant.

Cette poche se continue avec le péritoine pariétal, et son collet n'étreignait que lâchement l'intestin qui ne présente aucune trace de gangrène. La partie inférieure du sac se continuait avec le canal inguinal qui était devenu à peu près direct, par suite de l'agrandissement en sens inverse de ses deux orifices. En introduisant un stylet mousse dans la cavité, on constatait que le sac traversait le canal inguinal et s'engageait hors de l'abdomen. Mais le stylet était arrêté dans le cul-de-sac, et, au-dessous, on trouvait un tissu fibreux dans une étendue de 3 centimètres environ, dans lequel il était impossible de constater une cavité.

Cette disposition a fait penser à l'oblitération des parties inférieures occupées primitivement par le sac qui serait remonté vers l'abdomen.

Quant au rapport exact du fond du sac avec le cordon spermatique et l'artère épigastrique, il a semblé que le cordon était situé en arrière. L'artère épigastrique était manifestement en dedans. La hernie, par conséquent, aurait suivi le trajet du canal inguinal depuis l'orifice interne ou abdominal, et aurait été oblique.

(M. Laboulbène, *Société de biologie*, 2e série, t. I, page 291.)

N° 236. — Pubis avec ses branches, canal inguinal; hernie inguinale congénitale.

Cette pièce provient d'un jeune homme de 26 ans, qui a été atteint d'une hernie inguinale congénitale du côté droit, et qui s'est étranglée, assez volumineuse. Il survint rapidement une péritonite violente : la hernie fut opérée. Ce jeune homme succomba vingt-cinq heures après l'opération, et trente-six heures après le début des accidents.

Le sac herniaire est constitué par la persistance du conduit péritonéo-vaginal. L'incision qui a permis d'arriver sur l'anse herniée est séparée de celle qui a été faite en débridant par les vaisseaux sous-cutanés abdominaux conservés. Le débridement a porté sur presque toute la longueur de la paroi antérieure du canal inguinal.

Le canal péritonéo-vaginal présente plusieurs particularités importantes. Immédiatement au-dessus de l'épididyme, le conduit vaginal présente un rétrécissement notable, qui a la forme d'un diaphragme, percé à son centre d'une ouverture qui permet l'introduction d'une sonde ordinaire. Cette valvule, qui est circulaire, est ferme, résistante et non dilatable. Au-dessus, est une dilatation cylindrique de 3 centimètres de hauteur sur 5 de circonférence. Cette dilatation préparée d'avance pour constituer un kyste du cordon, est séparée de la portion supérieure par une valvule, en tout pareille à celle que je viens d'indiquer. La hernie descendait jusqu'à la face supérieure de cette valvule, et était contenue dans une dilatation de 6 centimètres de hauteur et autant de circonférence.

Du côté gauche où il n'existe point de hernie, on trouve la même persistance de la communication du péritoine avec la tunique vaginale, avec deux oblitérations incomplètes et valvulaires, semblables à celles du côté droit, et situées l'une au-dessus du testicule, l'autre au-dessous de l'anneau inguinal externe.

(M. Richard, *Soc. anat.*, 1853, t. XXVIII, p. 327.)

N° 237. — Pubis avec ses branches ; hernie de l'appendice iléo-cœcal.

Sur cette pièce, qui est sans renseignements, on constate, à travers le canal inguinal droit, l'existence d'une hernie avec sac de l'appendice iléo-cœcal.
(Professeur Cruveilhier.)

N° 238. — Moitié latérale droite du segment antérieur du bassin; hernie de l'ovaire.

Sur cette pièce, qui est sans renseignements, mais qui paraît appartenir à une femme âgée, on constate l'existence d'une hernie de l'ovaire qui est contenue dans un sac. On ne distingue point nettement la trompe.
(Professeur Cruveilhier.)

N° 239. — Modèle en cire, représentant une hernie inguinale droite, contenant la trompe, les deux ovaires et une partie de l'utérus.

Cette représentation en cire d'une hernie inguinale droite n'est pas très-bien exécutée. On constate dans le sac, qui a 10 centimètres de diamètre vertical, l'existence des deux ovaires, de la trompe droite, ainsi qu'une partie de l'utérus qui est allongé et déformé. L'utérus présente 7 centimètres de longueur: il est pyriforme; sa grosse extrémité correspond à la partie supérieure qui est renversée en bas.
(Professeur Lallement.)

N° 240. — Portion de segment antérieur du bassin ; hernie inguinale directe double.

Cette pièce provient d'un homme de 74 ans : il existait deux hernies inguinales internes ou directes ; ces deux hernies ont chacune le volume d'une grosse noix. On a disséqué les différents plans qui la recouvrent. Du côté gauche existait une hydrocèle, dont les parois au niveau de l'insertion du cordon, sont devenues crétacées.
(M. Nivet, 1837.)

N° 241. — Hernie inguinale interne ou directe du côté gauche.

Cette pièce, en assez mauvais état de conservation, est un

exemple de hernie inguinale directe, qui a été préparée de manière à montrer les diverses couches des enveloppes.
(M. Thompson, 1836.)

N° 242. — Hernie inguinale interne du côté droit.

Cette pièce provient d'un homme de 47 ans. La hernie inguinale, qui est interne, siége à droite; le col est à 4 centimètres en dedans de l'artère épigastrique. Le sac sort à travers un écartement des fibres du tendon du muscle droit abdominal.
(Professeur J. Cloquet, 1815.)

5e Sous-ordre.

HERNIES CRURALES.

Cinq pièces seulement, nos 243, 244, 245, 246 et 247, sont relatives aux hernies crurales dont une, n° 245, est un exemple d'étranglement à travers le ligament de Gimbernat.

N° 243. — Portion de segment antérieur du bassin; hernie crurale droite.

Cette pièce provient d'une femme de 60 ans, qui a été opérée pour une hernie crurale droite étranglée. Cette femme mourut 40 jours après l'opération. Sur cette pièce on a préparé la disposition de l'anneau.
(M. Nivet, 1837.)

N° 244. — Moitié latérale gauche du bassin avec la partie supérieure du fémur; aponévroses de l'abdomen; hernie crurale gauche.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans; il existe une hernie crurale gauche. La hernie, au lieu de se produire à la partie interne de la veine, sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, est au contraire située en avant des vaisseaux fémoraux; c'est une variété assez rare de la hernie crurale. Elle est peu volumineuse, globuleuse, et conséquemment située beaucoup plus

en dehors que dans l'état ordinaire. Le collet du sac, largement ouvert du côté de la cavité abdominale, présente à sa partie interne l'artère épigastrique qui naît d'un tronc commun avec l'obturatrice. Ce tronc commun naît à 27 millimètres au-dessus de l'arcade crurale, descend en dedans du collet du sac et se contourne pour se porter ensuite en haut. De cette courbure se détache l'artère obturatrice qui vient passer à 6 ou 8 millimètres du ligament de Gimbernat. Chez ce même individu, il existait une hernie crurale droite qui n'offrait rien de particulier.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 245. — Segment antérieur gauche du bassin; hernie crurale étranglée à travers le ligament de Gimbernat.

Cette pièce, très-intéressante, est malheureusement sans renseignements. On constate, à travers les fibres externes du ligament de Gimbernat, une éraillure, à travers laquelle s'est faite une hernie crurale. La hernie, qui est piriforme, a le volume d'un petit œuf; elle contient une anse intestinale. Le pédicule, très-étroit, n'a que quelques millimètres; il traverse le ligament de Gimbernat qui l'étrangle.

(Professeur Cruveilhier.)

N° 246. — Hernie crurale, mort rapide; étranglement par le collet du sac.

Cette pièce provient d'une femme de 40 ans qui, après un repas léger, ressentit au milieu de la nuit des douleurs intenses dans l'aîne droite, accompagnées de nausées et de vomissements. Il existait dans la région du pli de l'aine, une tumeur ovoïde, à grand diamètre transversal, qui fut facilement reconnue pour une hernie crurale. Comme les symptômes d'étranglement n'étaient point violents, on temporisa pour l'opération qui ne fut pratiquée que le troisième jour. En attendant, on employa infructueusement tous les moyens généralement conseillés contre les hernies, et l'opération de la kélotomie fut pratiquée sans succès.

On constate sur cette pièce que le pédicule de la hernie est à peu près du volume du petit doigt; il traverse le *septum crurale*, il est en rapport immédiat avec l'arcade crurale, le ligament de Gimbernat, l'aponévrose du pectiné et la perforation du *septum crurale*. Aucun anneau complet formé par le fascia cribriformis ne l'entoure; l'étranglement paraissait donc produit par le collet du sac herniaire.

(Professeur Verneuil, *Moniteur des Hôpitaux*, 1857, t. IVI, p. 461.)

N° 247. — Portion d'intestin comprise dans une hernie crurale étranglée ; rupture.

Cette portion d'intestin, qui était comprise dans la hernie précédente, n° 256, présente un sillon imprimé sur elle par l'agent constricteur. Ce sillon n'était bien marqué que sur le bord de l'intestin opposé au mésentère. On reconnaît, sur son trajet, une perforation de 10 à 12 millimètres, due à la section de l'intestin par l'agent constricteur.

(Professeur Verneuil, *Moniteur des Hôpitaux*, 1877, t. V, p. 461.)

6e Sous-Ordre.

HERNIES OBTURATRICES.

Deux pièces seulement, n°s 248 et 249, sont relatives aux hernies obturatrices. Sur la pièce n° 248, la hernie est double.

N° 248. — Moitié antérieure du bassin avec les deux fémurs et les aponévroses de l'abdomen et de la cuisse ; double hernie obturatrice.

Sur cette pièce, en assez mauvais état de conservation, on constate qu'il existe une double hernie obturatrice. Celle de droite était beaucoup plus volumineuse que la gauche. L'orifice des deux hernies ne siège pas au même point ; celui de droite, dont la hernie était plus volumineuse, est le plus petit : il a environ 1 centimètre de diamètre, et il occupe l'orifice qui donne passage aux vaisseaux obturateurs.

L'orifice de gauche, ovalaire, beaucoup plus étendu puisqu'il a 3 centimètres dans son grand diamètre, occupe le centre du trou obturateur et laisse en haut, indépendant de lui, l'orifice qui donne passage aux vaisseaux. Cet orifice s'est donc opéré à travers le trou obturateur, en refoulant devant lui les muscles de ce nom, et c'est probablement grâce à cette disposition que la hernie était plus petite, quoique le pédicule fût plus large.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 249. — Segment antérieur gauche du bassin; hernie obturatrice étranglée.

Cette pièce provient d'une femme de 80 ans, qui, huit jours avant sa mort, a cessé d'aller à la selle et de rendre des gaz par l'anus. Elle fut prise en même temps de vomissements incessants. Elle présenta tous les symptômes d'un étranglement herniaire, les anneaux étant libres. Le diagnostic de hernie obturatrice n'a point été fait.

On constate, sur cette pièce, qu'une anse d'intestin, qui correspond à la partie moyenne de l'intestin grêle, est engagée dans le canal sous-pubien gauche. Le bout supérieur de l'anse intestinale est dilaté, et cette dilatation s'étendait aux quelques anses placées au-dessus du point étranglé, mais ne remontait pas jusqu'à l'estomac. Le bout inférieur est un peu rétracté.

On voit sur cette pièce, immédiatement au-dessous la branche horizontale du pubis, au-devant de la membrane obturatrice, une tumeur de la grosseur d'une petite noix ; elle était placée sous les muscles adducteurs, c'est le sac de la hernie. L'intestin est fortement maintenu dans ce sac, car des tractions même énergiques, ne peuvent l'en dégager. Du côté droit, il n'existait point de hernie, mais l'orifice interne du canal sous-pubien était notablement élargi.

(M. Dusaussoy, *Soc. anat.*, 1876, 4e série, t. Ier, p. 756)

7me *Sous-Ordre.*

ÉTRANGLEMENTS INTERNES.

Le nombre des pièces qui se rapportent à l'étranglement interne dans la cavité abdominale est de dix-huit, du n° 250 au n° 267 inclusivement. Les causes qui ont donné lieu à ces étranglements dont je distingue l'invagination qui est décrite plus haut, sont des plus variées ; et, pour cette raison, je me propose de résumer les plus importantes dans ces généralités, afin de favoriser les recherches.

La pièce n°s 250 et 251 est un exemple rare, si même il n'est point unique, d'étranglement d'un anse intestinale à travers les fibres de la vessie. Celle n° 252, d'étranglement de plusieurs anses d'intestin autour d'une tumeur kystique. La

pièce n° 253 est un étranglement interne double, formé par une bride mésentérique, et le n° 254 est un exemple d'étranglement interne, produit par une torsion de l'intestin au-dessus d'un rétrécissement. Celle n° 255 est un étranglement interne produit par une bride circulaire qui s'est détaché du collet d'un sac herniaire.

Trois pièces, n°s 256, 257 et 258 sont des exemples d'étranglements internes produits par obstruction de l'intestin ; ils sont tous trois congénitaux. Deux pièces, n°s 259 et 262, sont des étranglements produits par un diverticulum ; le n° 263, par torsion de l'S iliaque.

Trois pièces n°s 264, 265 et 266, sont des exemples de persistance d'étranglement par le collet du sac qui a été réduit sans être ouvert.

N° 250. — Modèle en cire d'une vessie avec une portion de l'intestin et du mésentère ; hernie de l'intestin dans l'épaisseur des parois de la vessie.

Cette pièce, qui a été modelée en cire, a été trouvée sur le cadavre d'un homme âgé d'environ 60 ans. C'est un exemple rare de hernie formée par une anse d'intestin, que contenait un sac renfermé dans l'épaisseur des parois de la vessie. A l'intérieur de la vessie, près de son sommet, on voit une tumeur du volume d'une grosse noix, faisant saillie dans la paroi de cette cavité et recouverte par la muqueuse urinaire hypertrophiée. Cette tumeur n'est autre chose que la hernie. La muqueuse est incisée et on voit qu'il existe un sac formé par la dépression du péritoine ; son orifice est étroit, formé par un bord tranchant : c'est un véritable collet. Dans l'intérieur de ce sac herniaire se trouve une petite portion de l'iléon qui forme une hernie marronnée et qui était prête de se gangrener. Par suite de l'étranglement, il existait dans toute la partie supérieure du tube digestif des matières stercorales fluides, l'intestin était sans adhérences aux parois du sac. Une pareille hernie s'explique difficilement. Avec M. Hippolyte Cloquet, j'admettrais volontiers qu'elle est due au refoulement du péritoine au travers des trousseaux des fibres de la vessie écartées.

(M. Hip. Cloquet, *Bul. de la Fac.*, t. III, p. 49, 96 et 344.)

N° 251. — Étranglement interne à travers les fibres de la vessie.

Cette pièce, qui est sans renseignements, consiste dans une

cavité qui est évidemment la vessie, à la partie supérieure de laquelle existe une cavité en forme de sac séreux dans lequel est étranglée une anse d'intestin. Cette pièce a été déposée dans le Musée sous le nom du professeur Breschet, mais elle a de telles analogies avec la pièce précédente, n° 250, que je suis tenté de la considérer comme la pièce naturelle qui a servi au moulage de la pièce précédente. Ces deux faits de hernie étranglée à travers les parois de la vessie ne me paraissent en constituer qu'un seul.

N° 252. — Portion d'intestin ; étranglement interne produit par une tumeur kystique adhérente à plusieurs anses du jéjunum.

Cette pièce provient d'un homme de 31 ans, qui avait toujours joui en apparence d'une bonne santé. Trois jours avant sa mort, il a éprouvé un sentiment vague de malaise dans l'abdomen ; le matin du troisième jour, il fut pris de vomissements bilieux accompagnés de coliques intenses, l'ingestion des boissons provoquait sur-le-champ des vomissements.

La faiblesse était extrême ; bientôt survinrent des vomissements poracés et même fécaloïdes.

A l'ouverture de l'abdomen on a trouvé une tumeur arrondie, dure, volumineuse ; plusieurs anses du jéjunum ont été trouvées adhérentes aux parois de la tumeur. Mais il a été facile de les en détacher partout, à l'exception de deux points, dont le premier appartient au tiers inférieur de l'intestin grêle, et le second à la terminaison de l'S iliaque du gros intestin. Entre ces deux adhérences, l'intestin était distendu par des gaz ; au-dessus et au-dessous, son calibre est assez fortement rétréci. Au reste, il n'existait nulle part un obstacle absolu au passage des excréments sur le trajet du tube intestinal, les matières qu'il renfermait étaient liquides.

La tumeur, de forme sphéroïdale, offre à peu près le volume des deux poings. Ses parois, dures et comme cartilagineuses, montrent sur plusieurs points de leur étendue des indurations calcaires. Des deux anses intestinales qui lui sont fortement adhérentes, l'une passe au-devant d'elle sans qu'il s'établisse aucune communication entre la cavité de la tumeur et le tube intestinal ; l'autre, au contraire, qui appartient à l'intestin grêle, présente une petite perforation entourée d'un cercle noirâtre, d'apparence gangréneuse, à travers laquelle, en comprimant la tumeur, on faisait suinter une matière roussâtre. C'est le seul point par lequel la tumeur ait pu communiquer avec l'extérieur.

Incisée sur divers points, la tumeur a des parois dures, comme cartilagineuses, criant sous le scalpel et présentant plusieurs traces d'induration calcaire. Les tuniques de l'intestin ne

paraissent pas participer à sa formation, elle est sous-péritonéale et ne se trouve en rapport avec aucun vaisseau volumineux.

L'intérieur de la tumeur renferme une matière roussâtre, d'une couleur foncée, ayant l'aspect de sang coagulé; elle n'exhale aucune odeur fétide. A l'inspection microscopique, cette matière paraît composée de globules graisseux très-abondants, parsemés de cellules épithéliales et pigmentaires. On n'y a point trouvé de crochets.

La nature de la tumeur est difficile à préciser d'une manière exacte, mais si l'on tient compte de l'aspect des parois du kyste on ne peut guère hésiter qu'entre une tumeur hématique ou un ancien kyste hydatique. M. Cruveilhier, qui lors de la présentation de la pièce à la Société anatomique a admis cette manière de voir, n'a point osé pousser plus loin le diagnostic *post mortem*.

(Professeur Hall, *Soc. anat.*, 1857, 2e série, t. II, p. 400).

N° 253. — Portion d'intestin grêle; étranglement interne double, formé par une bride annulaire mésentérique.

Sur cette pièce préparée par dessiccation, on constate qu'il existe un étranglement interne, formé par une bride annulaire, mésentérique. Cette bride, qui est filiforme, a environ 1 millimètre d'épaisseur, et est située près du cœcum. Cette bride comprime une anse très étendue d'intestin grêle.

(M. Michon, 1829.)

N° 254. Portion d'intestin; étranglement interne par torsion de l'intestin, au-dessus d'un rétrécissement.

Sur cette pièce qui provient d'un homme de 30 ans environ, on constate l'existence d'un étranglement interne, produit par la torsion de l'intestin au-dessus d'un rétrécissement ancien. Ce rétrécissement était produit par une bride extérieure à l'intestin, et qui s'appliquait contre le rebord du bassin. La mort fut rapide, la santé générale était bonne quelques jours auparavant.

(Professeur Verneuil, 1871.)

N° 255. — Portion d'intestin; étranglement interne produit par une bride circulaire, qui s'est détachée du bord supérieur du collet d'un sac herniaire.

Cette pièce provient d'un jeune homme de 23 ans, qui portait depuis son enfance une hernie inguinale droite. Au mois d'août 1837, cette hernie avait été le siège d'un étranglement qui avait cessé sans

opération. La nuit qui précéda son entrée à l'hôpital, la hernie s'étrangla de nouveau, et le matin à la visite, il existait dans le scrotum une tumeur du volume du poing avec tous les symptômes d'une hernie étranglée. M. Laugier fit quelques tentatives de réduction sans succès; il prescrivit alors une saignée, un bain, des fomentations froides, et il se proposait de revenir le soir, lorsqu'il apprit que la hernie avait été réduite par l'interne, à la suite d'une tentative de taxis qui dura une demi-heure. La hernie n'était pas rentrée en masse, mais avait fondu sous les doigts. Après la réduction les symptômes d'étranglement persistèrent, et le malade mourut dans la journée.

A l'autopsie, on constata une cause particulière d'étranglement qui n'avait point encore été signalée, on trouva dans la région hypogastrique une anse intestinale d'environ un pied de long: elle était étranglée par une bandelette circulaire aplatie, de 2 millimètres de large, et qui, dans aucun point, n'était adhérente à l'intestin qu'elle étranglait. C'est cette bride que l'on voit sur la pièce. Au-dessous de l'étranglement, le bout inférieur de l'intérieur était rétréci : il est constitué par la fin de l'intestin grêle, à 9 centimètres environ de la valvule de Bauhin. Une péritonite sans épanchement occupait les anses distendues du bout supérieur, elles étaient réunies par des adhérences plastiques très fines. (Voir pour les détails l'observation.)

(Professeur Laugier, *Bull. chir.*, t. Ier, p. 359.)

N° 256. — Abdomen d'un fœtus; oblitération de l'intestin grêle.

Cet enfant, qui était à terme, a vomi son méconium pendant les trois jours qu'il a vécu, il n'a jamais voulu têter. Le tube digestif n'offre rien de particulier jusqu'à la fin du duodénum.

L'intestin grêle est très-volumineux, trois fois plus que le gros intestin. Il a subi une dilatation qui est surtout marquée dans son tiers inférieur, au niveau de la dernière portion de l'iléon, qui présente une disposition tout à fait singulière. Dans ce point l'intestin traverse de gauche à droite un hiatus que présente le mésentère, il se contourne ensuite un certain nombre de fois sur lui-même, puis repasse par le même hiatus, mais alors de droite à gauche, reprend sa direction normale de gauche à droite, pour aller se terminer comme de coutume dans le cœcum. Le cœcum et tout le reste du gros intestin (côlon lombaire droit, côlon transverse, côlon descendant, S iliaque du côlon et le rectum) occupent leur place habituelle. On ne remarque aucun changement dans leur direction, mais leur calibre est notablement plus petit que d'habitude ; ils sont tout à fait revenus sur eux-mêmes, et leur volume ne dépasse pas celui d'une grosse plume à écrire.

La portion d'iléon qui passe ainsi deux fois dans l'hiatus du grand mésentère n'est nullement comprimée dans ses bords. Ceux-

ci n'ont pu gêner le cours des matières dans son intérieur. M. Blot chercha dans l'intérieur de l'intestin, la cause d'arrêt à la circulation du méconium; l'intestin grêle iléon, une fois ouvert à droite et à gauche de l'hyatus du grand mésentère, il est facile de constater que l'iléon, au niveau de l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs, est complètement oblitéré en ce point, qui est placé à droite de l'hémisphère péritonéal; il offre une dilatation considérable qui lui donne des dimensions égales à celles de l'estomac du petit sujet. On trouve là un cul-de-sac complètement fermé, à la surface interne duquel on ne trouve pas la plus petite trace qui puisse faire reconnaître l'endroit où devait s'aboucher la suite de l'intestin grêle. La dernière portion de celui-ci est tout à fait revenue sur elle-même, et constitue un petit tube de la grosseur d'une plume d'oie, accolée à la face externe de la partie renflée en ampoule et terminée comme elle en cul-de-sac. Toute la portion du tube digestif située au-dessus de l'oblitération contenait un liquide verdâtre, qui n'était autre chose que du méconium délayé dans l'eau que l'enfant avait bue.

(M. Blot, *Soc. anat*, 1849, t. XXIV, p. 120.)

N° 257. Gros intestin; cloison valvulaire.

Cette pièce, préparée par dessiccation, représente tout le gros intestin d'un nouveau-né. Cet intestin a le volume de l'appendice iléo-cœcal. Il existe une cloison anormale qui en oblitère le calibre : cette cloison est située à la réunion du côlon avec le cœcum. L'enfant a vécu quatre jours.

(M. Guersant, 1856.)

N° 258. — Fœtus à terme; oblitération du duodenum qui est dilaté au-dessus : il simule un second estomac; anomalie de situation du cœcum et du côlon.

Ce fœtus, qui est à terme, présente une adhérence des doigts médius et annulaire de chaque main, et cela dans toute leur étendue. Le deuxième et le troisième orteil de chaque pied sont également adhérents.

Cet enfant a vomi le lendemain de sa naissance, d'abord des matières incolores visqueuses, puis, le deuxième jour, les matières vomies ont pris une teinte noirâtre, comme du marc de café. Il n'y avait pas eu de garde-robes. L'enfant est mort au bout de quatre jours.

L'estomac énormément distendu occupe une grande partie de la cavité abdominale; il refoule en haut le foie et la cavité tho-

racique en est notablement réduite. Au-dessous de l'estomac, on voit, du côté gauche principalement, la masse intestinale très petite, dont les anses très grêles pelotonnées comme une masse de vers, sont en plusieurs points remplies de méconium. Au-dessus de la vessie, arrivant jusque dans la fosse iliaque droite, se voit l'S iliaque distendu, ainsi que le rectum, par du méconium peu épais Sur les linges qui entourent l'enfant, au niveau de l'anus, on remarque des taches assez considérables de méconium.

L'estomac, a une forme spéciale : il paraît constitué par deux poches, dont l'une a la forme ordinaire à cet organe, tandis que l'autre, assez régulièrement cylindrique, prolonge l'extrémité pylorique de la première jusque dans l'hypochondre droit : elle a le volume d'un œuf de pigeon. Outre cet aspect bilobé de la poche stomacale considérée dans son ensemble, il existe entre les deux poches, au niveau du point relativement étroit, par lequel elles communiquent assez largement, une différence d'aspect et de coloration remarquables. Du côté de la poche qu'on peut appeler stomacale, on remarque une paroi blanc-jaunâtre, opaque, rappelant tout à fait la teinte qu'on trouve à cet organe sur le cadavre des nouveau-nés, tandis que la seconde poche, que j'appellerai volontiers duodenale, offre une teinte grisâtre, transparente, laissant parfaitement voir le liquide contenu. Entre ces deux nuances, pas de transition ; une ligne très nette les sépare, au niveau du point habituellement occupé par le pylore, à peu près au milieu de cette partie relativement étroite, qui fait communiquer les deux poches qui semblent constituer, dans ce cas, la cavité stomacale. Celle-ci est distendue par une bouillie épaisse, noirâtre, au milieu de laquelle on reconnaît des grumeaux de lait caillebotté.

Sans rien changer de place, on examine alors le tube intestinal, à partir du rectum, et l'on constate bientôt que le côlon transverse, le côlon ascendant et le cœcum ne sont point dans leur situation normale. Ils sont mêlés à la masse de l'intestin grêle, sous l'estomac, et reliés au même mésentère que celle ci. Cette masse est facilement refoulée à gauche, et toute la moitié droite de la face postérieure de la cavité abdominale est tapissée par le péritoine, qui n'y recouvre que le rein droit et la capsule surrénale. A mesure qu'on arrive vers la partie supérieure de l'intestin, on s'aperçoit tout à coup, en soulevant l'estomac, que celui-ci s'isole complètement de cette partie, et qu'il n'existe entre eux aucune communication. Il n'y a aucune bride, aucun prolongement qui puisse faire penser que cette communication ait jamais existé. Pressant alors l'extrémité ovoïde de la portion de l'estomac que j'ai désignée sous le nom de duodénale, et encore distendue par le liquide, on ne voit se produire aucun soulèvement, aucun suintement à sa surface.

La troisième portion et la portion verticale du duodénum, occupent leur situation normale, encadrant la tête du pancréas; mais l'extrémité supérieure de la portion verticale se termine en une ampoule du volume d'un porte-plume ordinaire, sans communication avec la poche stomacale, dont elle est éloignée d'environ 1 centimètre par la tête du pancréas. Elle est recouverte par cette poche, du volume d'un œuf de pigeon, qui fait suite à l'estomac et semble en faire partie.

Au sommet de l'ampoule qui termine la portion verticale du duodénum vient se rendre le canal cholédoque, dont le volume est très-grêle; il traverse le pancréas avant de s'aboucher dans l'intestin. Le canal hépatique et le canal cystique ont à peu près leur volume normal. Le canal pancréatique paraît se réunir au canal cholédoque, un peu avant l'arrivée de celui-ci au duodénum.

Quant à la disposition du péritoine, on a seulement noté les particularités suivantes : l'épiploon gastro-hépatique, après avoir fourni la tunique séreuse de la cavité stomacale, par son dédoublement, se reconstituait en membrane composée de deux lames qui formaient le grand épiploon. On n'a rien remarqué qui ressemblât à l'arrière-cavité des épiploons, ni à l'hiatus de Winslow.

Au niveau du point où la portion duodénale de l'estomac arrive dans l'hypochondre droit, il semble exister quelques adhérences entre le péritoine viscéral et le péritoine pariétal.

De chaque côté, le péritoine part de la région rénale pour former les deux lames d'un mésentère, sur lequel sont fixés l'intestin grêle, le cœcum, le côlon ascendant et le côlon transverse, situés dans l'hypochondre et le flanc gauche.

(M. Hervey, *Soc. anat.*, 1870, 2e série, t. XV, p. 338.)

N 239. — Intestin; étranglement interne produit par un diverticulum de l'intestin grêle.

Cette pièce provient d'un jeune homme de 16 ans, qui, à la suite d'une longue course derrière un cabriolet, fut pris de coliques assez vives. Le lendemain, l'abdomen se tuméfia, des vomissements apparurent et persistèrent jusqu'à la mort qui arriva au bout de deux jours. MM. Béclard et J. Cloquet, qui furent chargés d'étudier le siège de l'étranglement, ont eu d'abord assez de peine à reconnaître la disposition des parties lésées, vu le degré de constriction du nœud qui étranglait. Cependant, étant parvenus à desserrer ce nœud, ils ont trouvé que l'intestin iléon donnait naissance, comme cela se voit sur la pièce, à un appendice pédiculé, long de 18 centimètres, très-mobile, qui causait l'étranglement, en faisant un nœud autour d'une anse du même intestin. A l'endroit où l'appendice se détache de l'intestin, le

calibre de celui-ci est un peu rétréci. L'anse d'intestin étranglée a 50 centimètres de long.

Pour donner une idée exacte de cet étranglement, MM. J. Cloquet et Béclard ont par un dessin reproduit la disposition des parties, et ils ont établi dans leur travail que l'appendice s'était porté derrière l'intestin et ensuite réfléchi sur lui-même, il était venu se croiser, en passant sous lui-même, et près de sa naissance de l'intestin. De cette manière, il formait un véritable nœud qui embrassait l'anse intestinale et son mésentère. Comme on le voit, c'est tout à fait la description que M. Parise a donnée de l'étranglement par nœud diverticulaire simple.

Des deux bouts de l'intestin situés au-dessus du nœud de l'appendice, l'un, le supérieur, était rouge, enflammé et très dilaté; l'autre, inférieur, était pâle, rétréci, et n'offrait aucune trace d'inflammation. L'intestin étranglé était rouge, très dilaté, et rempli par une pinte environ d'un sang noir, fétide, très-fluide. L'appendice était plein d'un semblable liquide, mais qui ne pouvait refluer dans l'intestin, même par une forte pression, parce que le nœud qu'il formait s'opposait à ce passage.

Les membranes de l'intestin étaient rouges et gorgés de sang. Le nœud de l'appendice devait être récent, car il n'avait fait aucune empreinte sur l'intestin.

(Professeur Beclard, *Bul. de la Fac.*, t. V, p. 250.)

N° 260. — Portion d'intestion grêle avec l'utérus; étranglement interne.

Cette pièce provient d'une femme de 45 ans, qui, à plusieurs reprises, avait éprouvé des troubles consécutifs à une interruption passagère dans le cours des matières fécales. Elle entra à l'hôpital Cochin dans le service de M. Gosselin, avec des signes très manifestes d'étranglement interne. Ce chirurgien pratiqua la gastrotomie sans succès ; la malade succomba promptement.

Autopsie. Il existe des adhérences très solides qui réunissent l'appendice cœcal, l'ovaire droit et quatre anses intestinales. L'obstruction siége à la limite du bassin et de la fosse iliaque droite. Les anses intestinales étant très rapprochées par leur huit extrémités, la réplétion de l'une quelconque d'entre elles devait nécessairement comprimer les voisines et par suite oblitérer le calibre du tube intestinal. C'est, du reste, la seule explication qui ait été regardée comme admissible, car il n'existait ni bride ni rétrécissement, ni diverticule, qui pût exercer une constriction autour de l'intestin.

(Professeur Gosselin, *Soc. anat.*, 2e série, t. Ier, p. 21.)

N° 261. — Utérus ; bride fibreuse qui circonscrit une ouverture qui pouvait donner lieu à un étranglement interne.

Organes génitaux internes d'une femme morte d'une pneumonie, mais qui a eu, plusieurs années avant sa mort, une *péritonite à la suite de couches*. L'utérus est fortement incliné à gauche, son fond étant dirigé vers le pubis de ce côté. Le ligament rond du côté gauche est très court, et au-dessous de l'insertion de ce ligament se trouve une *bride fibreuse* qui, partant du bord de l'organe pour s'insérer aux parois de l'excavation pelvienne, circonscrit un orifice circulaire fort étroit, dans lequel une anse intestinale aurait fort bien pu s'insinuer et s'étrangler. La circonférence de cette ouverture a des dimensions telles, qu'elle admet facilement le passage du doigt indicateur.

(M. Brogniart, *Soc. anat.*, 1857, 2e série, t. II, p. 3.)

N° 262. — Portion d'intestin grêle ; étranglement interne par un diverticulum ; anus contre nature.

Cette pièce intéressante provient d'un homme de 50 ans qui avait un obstacle complet au cours des matières intestinales. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, il n'avait point eu de garde-robes et il y avait des vomissements continuels de matière fécaloïde. Plusieurs purgatifs, même violents, d'huile de croton, ont été donnés sans succès : le malade, après d'horribles souffrances, finissait par les vomir.

A son entrée à l'hôpital, cet homme était dans une prostration considérable ; le ventre, fortement ballonné, était très-sonore à la percussion, et dans aucun des points de son étendue, la palpation ne permettait de reconnaître de tumeur, il n'y avait point de péritonite évidente.

En face d'accidents aussi menaçants, le diagnostic étranglement interne ayant été porté, M. Nélaton crut devoir pratiquer l'entérotomie sans avoir recours à de nouveaux purgatifs, auxquels, du reste, le malade se refusait à cause des vives douleurs qu'ils lui occasionnaient. Une incision de 5 centimètres, que l'on voit sur la pièce, fut pratiquée dans la fosse iliaque droite, parallèlement et un peu au-dessus du ligament de fallope; arrivé dans la cavité abdominale, une anse d'intestin grêle très distendue se présenta dans la plaie, elle fut suturée et incisée ensuite. Il s'écoula une grande quantité de matières intestinales, et le malade fut notablement soulagé; mais les accidents d'étranglement dataient déjà de plusieurs jours, et quoiqu'il n'y eût pas au moment de l'opération de péritonite évidente, la mort survint trois jours après l'opération.

A l'autopsie on constata, comme cela se voit sur la pièce, un diverticulum qui se réfléchissait sous une anse intestinale et venait adhérer au péritoine de la fosse iliaque. Ce diverticulum avait déterminé l'obstacle au cours des matières, il siégait à peu de distance de la valvule cléo-cœcule; on voit que, au-dessus de lui, l'intestin avait subi une notable dilatation. Comme l'anse intestinale incisée et suturée était précisément celle qui était embrassée par le diverticulum, on peut se demander si, dans ce cas, en supposant que le malade ait survécu à l'opération, l'obstacle au cours des matières n'aurait point persisté.

(M. Houel, 1862.)

N° 263. — Portion du gros intestin; étranglement interne produit par une torsion sur son axe de l'S iliaque.

Cette pièce provient d'une femme de 51 ans qui, depuis longtemps, avait des garde-robes rares, peu copieuses, difficiles. Le 27 juillet 1875, elle éprouve une indigestion avec vomissements et diarrhée; à partir de ce jour elle n'a plus eu de garde-robes. Le 1er août elle est reprise de nouveau de vomissements accompagnés de coliques vives, qui durèrent 24 heures, et cessèrent ensuite pour reprendre la veille de la mort avec une certaine intensité; la malade est morte le 5 août. Le toucher rectal a permis de constater tout à fait à la partie supérieure, un point résistant, resserré, que le doigt ne pouvait atteindre qu'à grand'peine.

A l'autopsie on trouva une anse intestinale volumineuse qui occupait la cavité abdominale. Cette anse partait, comme on le constate sur la pièce du détroit supérieur, à gauche, pour se diriger en haut et à droite, jusqu'à la face inférieure du foie qu'elle touchait. En la rejetant en avant, on vit que tout le reste de la masse intestinale était situé derrière elle, et que cette anse était formée par l'S iliaque très-distendue.

La première portion, ou ascendante de l'S iliaque, s'est portée en dedans, en décrivant au-devant de la seconde portion, ou descendante, un demi-arc de cercle, et a appliqué ainsi le point où le côlon transverse se continue avec elle, sur l'origine du rectum. Ce premier demi-tour une fois accompli, la portion descendante ou terminale de l'S iliaque qui est à gauche, à cause du premier mouvement opéré, se porte en avant et en dedans, décrivant à son tour un demi-arc de cercle. En résumé, l'S iliaque s'est tordue sur elle-même en décrivant un tour complet, et l'obstruction s'est produite par le passage de la première portion au-devant, puis en arrière de l'autre.

(M. Léger, *Soc. anat.* 1875, 3e série t. X, p. 628.)

N° 264. — Hernie inguinale gauche étranglée; réduction; persistance de l'étranglement par le collet du sac.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans, qui portait depuis un grand nombre d'années une hernie inguinale gauche, qu'il avait l'habitude de maintenir par un bandage. Ayant oublié un jour d'appliquer le bandage, la hernie sortit et il ne put parvenir à la faire rentrer. A partir de ce jour, ce malade éprouva des coliques avec constipation, puis il survint des vomissements.

Cet homme entra à l'Hôtel-Dieu. La hernie fut réduite par le taxis, et, le doigt introduit dans le canal, on constate qu'il était assez large et parfaitement libre. Le malade éprouva encore quelques coliques, les vomissements persistèrent, un purgatif fut administré sans résultat, et quatre jours après, il succomba avec tous les symptômes de la persistance d'un étranglement herniaire.

A l'ouverture du ventre on trouve une péritonite générale, et dans la fosse iliaque droite, là où existait une sensibilité très grande, on rencontre une quantité de pus assez notable.

Le canal inguinal présente un calibre considérable : il est vide de sa hernie que l'on retrouve dans l'intérieur de la cavité abdominale. La hernie forme une tumeur du volume environ d'un œuf de dinde, de forme ovoïde ; le sac qui a été réduit en masse, renferme dans sa cavité de l'intestin grêle et de l'épiploon ; son collet, qui est fortement fibreux, offre une constriction telle, que l'étranglement a persisté d'une manière violente après la réduction. La cavité du sac étant incisée, quoiqu'il n'y ait aucune adhérence entre sa paroi interne et les parties contenues dans sa cavité, en exerçant des tractions même considérable sur l'intestin, il est encore impossible d'en obtenir la réduction.

(M. Narbonne, 1846.)

N° 265. — Sac herniaire avec l'intestin; étranglement produit par le collet du sac.

Cette pièce provient d'un homme de 50 ans, qui était entré à l'hôpital Beaujon, pour une affection du cœur dont les symptômes très-marqués avaient déterminé des phénomènes d'asphyxie. On le fit passer en chirurgie pour une hernie inguinale droite, étranglée depuis la veille. Cette hernie datait de 10 ans. Ce malade la maintenait mal ; la réduction avait toujours été facile, il la pratiquait lui-même.

Cette fois il ne put réduire sa hernie ; au moment où ce malade passa en chirurgie, l'étranglement datait de vingt-quatre heures. Après

quelques essais de réduction, on parvint à faire rentrer une partie de la tumeur. Dans la journée, les nausées ont augmenté et ont été suivies de vomissements verdâtres : la tumeur avait repris son volume ordinaire. Le lendemain, à la visite, M. Huguier fait de nouveau rentrer une partie de la hernie et établit une compression. Dans la journée, point de selles, persistance des vomissements. Cet état dura encore deux jours et le malade mourut.

A l'autopsie, on constata que la portion d'intestin herniée est à l'union des deux premiers avec le dernier tiers de l'intestin grêle: le bout supérieur est dilaté, l'inférieur diminué de calibre; point de traces de péritonite.

Le sac, qui était noirâtre et assez épais, ne contenait aucun liquide. L'intestin était bleuâtre, très-congestionné, mais non gangrené : il contenait une assez grande quantité de gaz et un peu de liquide fétide que l'on faisait repasser dans l'abdomen, en le comprimant. Le sac n'était réuni à la couche aponévrotique que par des lamelles minces cellulaires, très-faciles, à déchirer avec le doigt. En continuant ce décollement en haut, vers l'anneau inguinal, on le trouve très-large et pouvant admettre l'extrémité des deux doigts. L'anneau aponévrotique ne pouvait donc étrangler.

Si on cherche, au contraire, à faire passer le petit doigt par l'intérieur du sac, dans la cavité abdominale, c'est à dire à travers le collet, on trouve un obstacle invincible. Ce collet est tellement rétréci, qu'il ne peut recevoir un manche de plume de volume ordinaire, et qu'il est impossible de dégager l'intestin, en exerçant de fortes tractions sur les deux bouts qui sont libres dans l'abdomen. Quoique très-rétréci, ce collet ne présente pas une épaisseur très-considérable.

(M. Desvouges, *Soc. anat.* 1856, 2e série, t. I, p. 423.)

N° 266. — Portion d'intestin ; hernie inguinale externe étranglée par le collet du sac.

Cette pièce provient d'un homme âgé de 31 ans, qui entra dans le service de M. Puche, à l'hôpital du Midi, pour se faire traiter d'accidents syphilitiques secondaires. Il portait, depuis l'âge de 15 ans, une hernie inguinale du côté droit. Cette hernie, généralement assez mal contenue, sortait parfois; mais la réduction en a toujours été facile. Le 22 décembre 1859, au soir, quelques coliques se font sentir; le 23, on constate tous les signes d'un étranglement, et le 24, vers 4 heures du soir, M. Cullerier opère le malade. Une incision de 6 à 7 centimètres d'étendue est faite sur la tumeur, dans la direction du pli de l'aine. Le tissu cellulo-adipeux a une épaisseur d'environ 5 à 6 centimètres, ce qui, rendant la plaie profonde, force à agrandir l'incision extérieure. On

arrive enfin sur le sac, que l'on isole parfaitement des parties environnantes : il est tendu et peu épais en avant. Son ouverture donne issue à 100 grammes de sérosité. Le doigt, porté au fond, ne rencontre aucune anse intestinale. Le malade se dit soulagé : on croit à une réduction spontanée de la hernie ; aucun débridement n'est pratiqué, et le malade est reporté à son lit. Les accidents continuèrent et le malade mourut le lendemain de l'opération, à 10 heures du matin.

Autopsie. — Aucune trace de péritonite. L'orifice interne du canal inguinal est large comme une pièce de 2 francs ; très-régulièrement circulaire, il offre une circonférence épaissie, comme fibreuse. Une anse de la dernière portion de l'intestin grêle y est engagée ; mais on ne peut l'en retirer par des tractions même assez fortes. En examinant les parties par l'incision extérieure, on trouve au fond du sac une anse complète d'intestin grêle, rougeâtre, sans trace de gangrène, mais offrant quelques adhérences filamenteuses. En tirant sur le sac assez fortement, on ne parvient pas à le faire céder ; il est retenu en haut près de l'étranglement par des adhérences assez puissantes.

Il est à regretter que l'épaisseur des parties molles ait masqué l'intestin au chirurgien, car l'étranglement aurait pu être facilement levé.

(M. Royer, *Soc. anat.*, 1860, 2e série, t. V, p. 19.)

N° 267. — Pubis, hernie de l'appendice cœcal ; tumeur kystique crétacée du cordon spermatique.

La tumeur, du volume d'une grosse noix, arrondie, est appendue à l'extrémité de l'appendice cœcal qui fait hernie à travers le canal inguinal. La tumeur est située à environ deux travers de doigt de l'anneau inguinal externe ; elle n'avait contracté aucune adhérence avec la peau des bourses, elle était parfaitement mobile avec le cordon auquel elle adhère. Cette cavité kystique était enveloppée d'une membrane qui lui est très adhérente, et se rattache en haut, par un pédicule fort court, à l'extrémité de l'appendice cœcal. Ce dernier, long de 6 centimètres environ, est descendu en franchissant les anneaux.

Les éléments du cordon sont dissociés, le canal déférent est en dedans du kyste et les artères et les veines en dehors. La tumeur est placée au milieu, et adhère plus intimement au canal déférent qu'aux vaisseaux. Cette tumeur est creuse, les parois en sont crétacées et ont une épaisseur de 2 millimètres en moyenne. Dans la cavité on a trouvé une petite quantité de cholestérine sous forme de pâte molle. Quant à la nature de la tumeur et de son origine, il me paraît difficile de la déterminer ; on peut se

poser un grand nombre de questions dont la solution est difficile.

(M. Lebec, *Soc. anat.*, 1876, 4e série, t. Ier, p. 771.)

8me *Sous-ordre.*

SACS HERNIAIRES.

Cette collection de sacs herniaires a été donnée par le professeur J. Cloquet. Elle comprend cinquante-cinq pièces, du n° 268 au n° 322. A la suite du n° 323 est placé un moule en plâtre de la partie inférieure et postérieure du tronc, destiné à montrer le relief d'une hernie lombaire gauche.

On peut sur ces pièces suivre l'évolution de ces sacs, en constater les diverses parties, le collet, le fond, les formes variées.

N° 268. — Portion de l'abdomen ; hernies interstitielles.

Cette pièce provient d'une femme de 70 ans. Petits sacs herniaires, au nombre de deux, formés à travers des éraillements du *fascia transversalis*. Le péritoine semble avoir été poussé dans l'écartement des fibres de cette aponévrose.

(Professeur J. Cloquet, 1815.)

N° 269. — Sac herniaire d'une hernie inguinale.

Cette pièce provient d'une femme de 60 ans : hernie inguinale interne droite. Le sac, qui est peu volumineux, s'est produit à travers un éraillement du *fascia transversalis*. Il existe un collet fibreux.

(Professeur J. Cloquet, 1814.)

N° 70. — Sac de hernie crurale du coté droit.

Cette pièce provient d'un homme de 80 ans : hernie crurale droite dont le sac peu volumineux présente un orifice et un col relativement larges.

(Professeur J. Cloquet, 1814.)

N° 271. — Sac d'une hernie inguinale interne.

Cette pièce provient d'une femme de 60 ans : on constate l'existence d'un ancien sac de hernie inguinale interne. En dedans du péritoine, il y avait des stigmates non perforés ; en dehors une cavité kystique, *ancien sac*. Le *fascia transversalis* décollé présente une cavité allongée à collet fibreux, qui contenait seulement le sac précédent. Les fibres du petit oblique qui devaient former un crémaster accidentel à la surface du sac, sont revenues à leur rectitude naturelle.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 272. — Sac de hernie inguinale externe droite.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans : on constate qu'il existe une hernie inguinale externe qui siégeait à droite : l'orifice du sac est très large, infundibuliforme ; le collet étroit fibreux est oblitéré. Le reste de la cavité herniaire était remplie d'un liquide séreux.

A côté de ce sac et en dedans, il en existe un autre, que l'on voit ici dans son état primitif ; mais au moment de l'autopsie, il était retourné sur lui-même comme un doigt de gant : il flottait dans la cavité abdominale. C'est un exemple de réduction d'un sac herniaire par le développement d'un sac voisin.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 273. — Sac de hernie inguinale interne droite.

Cette pièce provient d'une femme de 60 ans. Elle portait une hernie inguinale interne du côté droit ; le sac était entièrement situé dans le canal inguinal, il était irréductible à cause des nombreuses adhérences qu'il avait contractées avec le ligament rond. Quelques fibres du petit oblique descendent à sa surface.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 274. — Deux petits sacs de hernies inguinales gauches.

Sur cette pièce existent deux petits sacs, peu volumineux, de hernies inguinales gauches ; ils pénétraient tous les deux dans l'anneau inguinal en dehors de l'artère épigastrique. De ces deux sacs, le plus petit ne communique pas avec l'abdomen, son ori-

fice est remplacé par un stigmate. C'est un ancien sac oblitéré transformé en kyste.

(Professeur J. Cloquet, 1815.)

N° 275. — Sacs de hernie crurale et inguinale externe droite.

Cette pièce provient d'une femme de 60 ans. Il existe deux sacs : l'un qui se rapporte à une hernie crurale, l'autre à une hernie inguinale externe, tous les deux sont du côté droit. Du côté de l'abdomen existent des stigmates rayonnés au niveau des orifices de ces hernies. Le sac de la hernie crurale est complètement oblitéré à son col, il est réduit à un petit kyste qui était entouré de graisse. Le sac de l'anneau inguinal est aussi oblitéré, kystique, mais la cicatrice forme un infundibulum allongé.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 276. — Sac de hernie inguinale externe gauche.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans. La hernie, qui était inguinale interne, siégeait à gauche. Le sac était à moitié retourné dans la cavité du péritoine, et il se serait retourné complètement sans les fausses membranes qui unissaient ses parois les unes aux autres.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 277. — Sac de hernie inguinale externe, épiploïque gauche.

Cette pièce provient d'une femme de 60 ans. Il existe un sac de hernie inguinale externe, épiploïque gauche : ce sac est retourné sur lui-même. On y voit des brides transversales et de fausses membranes adhérentes seulement par leurs bords, de sorte qu'on pouvait les soulever et les séparer de la face interne du sac par l'insufflation.

(Professeur J. Cloquet, 1814.)

N° 278. — Sac de hernie inguinale externe droite.

Cette pièce provient d'une femme de 50 ans. Il existait une hernie inguinale externe droite : le sac passait à travers le muscle transverse de l'abdomen, de telle sorte que les fibres les plus inférieures de ce muscle forment un petit faisceau, *crémaster accidentel*, en arrière de son petit collet.

(Professeur J. Cloquet, 1814.)

N° 279. — Deux sacs d'une double hernie inguinale.

Cette pièce provient d'une femme de 70 ans. Il existait une hernie inguinale externe ; les deux sacs étaient contenus en entier dans les deux canaux inguinaux, au-devant du ligament rond de l'utérus.
(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 280. — Deux sacs de hernies inguinales externes.

Cette pièce provient d'un homme, de 60 ans. Il existait deux hernies inguinales externes. Du côté gauche, le sac herniaire sort immédiatement en dehors de l'artère épigastrique, le *fascia transversalis* lui forme une gaîne particulière ; le crémaster et les enveloppes du cordon testiculaire recouvrent encore cette gaîne propre du sac. A droite, on a seulement préparé le sac.
(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 281. — Sac de hernie inguinale interne du côté droit.

Cette pièce provient d'un homme de 55 ans, qui portait une hernie inguinale interne droite. Les viscères sortis en dedans de l'artère épigastrique sont venus se placer devant le cordon, en repoussant et dilatant l'anneau inguinal. Le petit oblique s'est décomposé, et forme une sorte de crémaster. En devant de la tumeur et en arrière, on trouve le véritable crémaster.
(Professeur J. Cloquet, 1814.)

N° 282. — Sac de hernie inguinale interne gauche.

Cette pièce provient d'un homme de 50 ans, qui portait une hernie inguinale externe gauche. Autour de l'orifice du sac, existaient deux pertuis entourés de plis et communiquant avec de petites cavités couchées sur le collet du sac. Un troisième pertuis se continuait avec un long filament tubaire, renflé au milieu, et qui, après s'être oblitéré, aboutit au haut de la tunique vaginale.
(Professeur J. Cloquet, 1814.)

N° 283. — Sac de hernie inguinale externe droite.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans, qui portait une

hernie inguinale externe droite. De chaque côté de l'orifice du sac sont des stigmates avec des plaques cartilagineuses. Ceux qui sont en dehors se continuent avec un petit kyste allongé, et accolé au sac de la hernie. Ceux qui sont en dedans se continuent avec un long cordon renflé, creux au milieu et descendant jusqu'à l'épididyme. Ce cordon est formé par le prolongement tubaire de la tunique vaginale.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 284. — Sac de hernie inguinale externe droite, épiploïque.

Cette pièce provient d'une femme de 60 ans, qui portait une hernie inguinale externe droite, épiploïque. Le muscle petit oblique, entraîné à travers l'anneau, formait sur le sac et sur ses enveloppes immédiates, un véritable crémaster. Le ligament rond de l'utérus passe derrière, le sac lui adhérait fortement et le fixait dans cette position.

(Professeur J. Cloquet, 1814.)

N° 285. — Sac d'une hernie inguinale externe.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans : elle consiste en un sac de hernie inguinale externe. Le col du sac, quoique très-large, présentait de nombreux stigmates. Sur un des côtés et au-dessous de ces stigmates, naît une cavité kystique très-allongée, et terminée par un long prolongement celluleux, qui s'étendait jusqu'à la tunique vaginale.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 286. — Sac d'une hernie inguinale externe gauche.

Cette hernie provient d'un homme de 60 ans. La hernie, qui était inguinale externe, siégeait à gauche et était compliquée de hernie crurale. La hernie inguinale avait été opérée. Le sac est volumineux, l'artère épigastrique était située entre les deux sacs. Celui de la hernie crurale, moins volumineux, s'était réduit par le développement de l'autre.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 287. — Sac de hernie inguinale externe gauche.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans. La hernie, qui était inguinale externe, siégeait à gauche. Le sac est volumineux, pi-

riforme : il contenait une anse d'intestin formée par l'S iliaque du côlon. Elle semblait divisée en deux cavités par le mésocolon iliaque.

(Professeur J. Cloquet, 1815.)

N° 288. — Sac d'une hernie inguinale externe droite.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans, qui était affecté d'une hernie inguinale externe du côté droit. Le sac était très-adhérent au cordon testiculaire et par conséquent irréductible. Les fibres du crémaster forment à sa partie postérieure trois anses très-allongées, se terminant presque à angle aigu.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 289. — Sac de hernie inguinale du côté droit.

Cette pièce provient d'une femme de 50 ans, qui était atteinte de hernie inguinale externe du côté droit. Il s'agissait d'un épiplocèle : le sac est volumineux, piriforme et cartilagineux à son collet. Il descendait jusqu'au bas de la grande lèvre.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 290. — Sac de hernie inguinale externe droite, épiploïque.

Ce sac herniaire provient d'un homme de 50 ans. Il s'agit d'une hernie inguinale externe droite, épiploïque. L'épiploon adhère au côté du sac qui est retourné et insufflé. Le sac est remarquable par la grande quantité de vaisseaux qui le parcouraient. Ces vaisseaux naissent de ceux du cordon testiculaire.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 291. — Sac de hernie inguinale externe gauche.

Ce sac herniaire provient d'un homme de 70 ans, qui portait une hernie inguinale gauche. Le fond du sac présente une large plaque crétacée, autour de laquelle existait une auréole de vaisseaux sanguins très injectés. Il y avait aussi quelques taches d'un noir foncé.

(Professeur J. Cloquet, 1814.)

N° 292. — Sac d'une hernie inguinale externe gauche.

Ce sac provient d'un homme de 70 ans qui portait une hernie

inguinale externe gauche. Au fond du sac est une plaque crétacée, entourée de plis rayonnés. Cette plaque est probablement due à un ancien sac qui s'est transformé en tissu crétacé.
(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 293. — Sac d'une hernie inguinale externe droite.

Ce sac provient d'un homme de 60 ans, qui portait une hernie inguinale externe droite. Le sac ne contient que l'appendice cœcal, le cœcum appuie sur l'orifice du sac qu'il oblitère entièrement. Des adhérences membraneuses unissent intimement cet intestin à l'orifice du sac.
(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 294. — Sac d'une hernie inguinale externe droite,

Ce sac provient d'un homme de 60 ans, qui portait une hernie inguinale externe droite. Ce sac est volumineux, son orifice est très-large et son collet était fibreux. On observe, au fond, six ou sept noyaux crétacés, qui sont entourés de plis rayonnés.
(Professeur J. Cloquet, 1814.)

N° 295. — Sac d'une hernie inguinale externe droite.

Ce sac provient d'un homme de 40 ans, qui présentait une hernie inguinale externe droite. Le sac a 17 centimètres de long, il est très-mince. On voit à la partie postérieure les vaisseaux spermatiques.
(Professeur J. Cloquet, 1815.)

N° 296. — Sac de hernie inguinale congénitale.

Cette hernie qui est congénitale provient d'un homme de 30 ans. Le testicule retenu par son gubernaculum s'est arrêté tout près de l'anneau, pendant que ce sac a poussé le cordon devant lui en descendant dans les bourses.
(Professeur J. Cloquet, 1814.)

N° 297. — Sac de hernie inguinale externe gauche.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans qui portait une

hernie inguinale externe du côté gauche. Le sac très-volumineux contenait plusieurs anses d'intestin grêle adhérentes entre elles, mais sans adhérence avec les parois du sac. Le sac est retourné pour montrer un paquet de fausses membranes qui en occupait le fond.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 298. — Sac volumineux de hernie inguinale externe gauche.

Cette pièce provient d'un homme de 70 ans, qui portait une hernie inguinale externe, entéro-épiplocèle gauche. Ce sac, qui est volumineux, contenait une grande partie de l'épiploon, le cœcum et une portion d'intestin grêle. Le pourtour de l'anneau inguinal adhérait à son collet.

(Professeur J. Cloquet, 1814.)

N° 299. — Sac de hernie inguinale externe gauche.

Cette pièce provient d'un homme de 50 ans, qui portait une hernie inguinale externe gauche.

Le sac volumineux contenait plusieurs anses d'intestin grêle et l'S iliaque du côlon. Le crémaster était presque membraneux à la surface du sac est le cordon spermatique décomposé.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 300. — Sac de hernie inguinale externe gauche.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans, qui portait une hernie inguinale externe gauche. Le sac avait une très-large ouverture, il contenait une masse considérable d'intestin et d'épiploon. Le cordon testiculaire et le crémaster sont décomposés et étalés à sa surface.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 301. — Sac de hernie inguinale externe droite.

Cette pièce provient d'un homme de 60 ans, qui portait une hernie inguinale droite. Le sac, très-volumineux, contenait une partie du cœcum suspendue par le mésocœcum, et renfermait aussi plusieurs anses d'intestin grêle, sans adhérences aucune.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 302. — Sac de hernie inguinale externe du côté droit.

Cette pièce provient d'un homme de 50 ans, qui portait une hernie inguinale externe droite. Le cœcum descendait dans le sac qui n'avait point de paroi postérieure, il était irréductible à cause des adhérences avec les enveloppes herniaires. L'intestin grêle qui envoyait dans le sac plusieurs anses, était seul réductible. Cette hernie est compliquée d'une hydrocèle assez volumineuse de la tunique vaginale.
(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 303. — Sac volumineux de hernie ombilicale.

Ce sac, qui est très-volumineux, provient d'une vieille femme. L'orifice ou collet a 7 centimètres de diamètre. Le sac est multiloculaire : il présente trois loges, dont deux principales présentent des collets intérieurs.
(Professeur Cruveilhier, 1830.)

N° 304. — Sac de hernie inguinale droite ; épiplocèle.

Cette pièce provient d'une femme de 60 ans, qui portait une hernie inguinale droite, épiplocèle. Le sac présente deux cavités séparées par une bride transversale: l'épiploon adhérait au fond de l'inférieure. Il est à remarquer que, dans cette même cavité, s'ouvre une troisième cavité conique, terminée par une pointe supérieurement.
(Professeur J. Cloquet, 1814.)

N° 305. — Sac de hernie inguinale interne droite.

Ce sac provient d'un homme de 50 ans, qui portait une hernie inguinale interne droite. Le sac est peu volumineux, son fond adhère à un kyste arrondi, ancien sac oblitéré. Il n'en est séparé que par un mince diaphragme, ayant une cicatrice au centre.
(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 306. — Sac de hernie inguinale externe droite.

Ce sac provient d'un homme de 70 ans, qui portait une hernie

inguinale externe droite. Le sac présente extérieurement quatre bosselures principales, séparées par des collets fibreux saillants dans sa cavité. Ces collets paraissent appartenir à autant de formations successives de hernies. Le cordon adhérait intimement à ce sac, et s'opposait à la réduction.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 307. — Sac de hernie inguinale externe gauche.

Ce sac provient d'un homme de 36 ans, qui portait une hernie inguinale externe gauche. Le sac était enveloppé par les muscles petit oblique et transverse. L'artère épigastrique passait à 8 millimètres en dehors du col. Le fond de la hernie est coiffé d'un kyste séreux.

(Professeur J. Cloquet, 1814.)

N° 308. — Sac de double hernie inguinale externe.

Ce sac provient d'un homme de 50 ans, qui portait une double hernie inguinale externe. L'un des sacs, le plus ancien, s'abouche sur une des parois de l'autre, et son orifice est fermé par un appendice graisseux de l'S iliaque.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 309. — Sac de hernie inguinale externe gauche.

Ce sac provient d'une femme de 40 ans, qui portait une hernie inguinale externe gauche. Au-dessous du sac, existe un kyste qui occupait presque toute l'épaisseur de la grande lèvre. Ce kyste, analogue à ceux du cordon testiculaire, rendait par ses adhérences avec le sac la hernie irréductible.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 310. — Sac de hernie inguinale externe gauche.

Ce sac provient d'un homme de 50 ans, qui portait une hernie inguinale externe gauche. Le collet du sac était placé derrière et sous le ligament rond. Au-dessous de ce sac sont deux kystes séparés par un étranglement. *Sacs oblitérés.*

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 211. — Sac de hernie inguinale externe.

Ce sac provient d'une femme de 60 ans, qui portait une hernie inguinale externe. Au-dessous du sac existe un appendice utriculaire dans lequel on reconnaît à peine la forme membraneuse; c'est un exemple de la transformation celluleuse des anciens sacs herniaires.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 212. — Sac de hernie congénitale droite.

Ce sac provient d'un homme de 60 ans qui portait une hernie congénitale droite, épiplocèle. Le fond du sac adhère intimement à l'épiploon qui passe au travers pour venir s'épanouir dans une seconde poche ou sac plus ancien, enkysté par le fait même de ces adhérences. Au-dessous de cette seconde cavité est le fond d'un sac congénital plus ancien encore, formé par la tunique vaginale.

(Professeur J. Cloquet, 1814.)

N° 213. — Sac de hernie inguinale interne gauche.

Ce sac provient d'un homme de 60 ans, qui portait une hernie inguinale interne gauche. Le sac de cette volumineuse hernie représente, dans sa plus grande partie, un ovoïde : la grosse extrémité est en bas, et surmontée d'une cavité séparée du reste du sac par trois collets. Dans le sac était une masse assez considérable d'intestin grêle, et une anse de l'S iliaque longue de 22 centimètres. Celle-ci adhérait à la plus grande partie du sac, mais en bas elle envoyait un prolongement fibreux au fond de la petite cavité. Des fausses membranes tapissaient cette cavité; une, entre autres, percée de deux ouvertures, était traversée par une anse d'intestin grêle.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 214. — Sac pyriforme du cordon testiculaire gauche.

Ce kyste du cordon provient d'un homme de 40 ans. Il existe sur cette pièce un kyste du cordon testiculaire gauche, qui résulte de l'oblitération d'un ancien sac herniaire.

(Professeur J. Cloquet, 1815.)

N° 315. — Sac herniaire ancien ; kystes superposés et séparés par un étranglement.

Ce sac provient d'un homme de 50 ans, qui portait une hernie ancienne. Les deux kystes sont superposés et séparés par un étranglement : ils proviennent de sacs herniaires oblitérés par le collet. Le kyste supérieur adhérait au péritoine par un infundibulum qui du côté de cette dernière membrane, est bouché par une cicatrice.

(Professeur J. Cloquet, 1815.)

N° 316. — Kyste formé par le canal de nuck.

Ce kyste a été trouvé sur une femme de 45 ans. Le canal de nuck, du côté droit, est long de 55 millimètres, les parois sont très-minces, et l'ouverture assez large.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 317. — Kyste formé par le canal de nuck du côté droit.

Ce kyste provient d'une femme de 60 ans. Le canal de nuck du côté droit est long de 7 centimètres ; il était ouvert dans la cavité du péritoine et adhérait au cordon sus-pubien gauche.

(Professeur J. Cloquet, 1815.)

N° 318. — Sac de hernie crurale droite.

Ce sac provient d'un homme de 60 ans qui portait une hernie crurale droite. Le petit sac herniaire était vide, son col, très-allongé, était placé immédiatement au-devant de l'artère crurale.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 319. — Sac de hernie crurale droite.

Ce sac a été trouvé sur un homme de 60 ans, qui portait une hernie crurale droite. L'orifice est très-large, le sac n'a pas de collet. L'artère épigastrique naît dans l'intérieur du canal crural, remonte en dehors de l'infundibulum formé par le péritoine et, à 7 millimètres au-dessous de l'orifice, fournit l'artère obturatrice. Celle-ci passe devant l'infundibulum, immédiatement derrière le

ligament de Poupart, et contourne le premier pour descendre vers le trou obturateur.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 320. — Sac de hernie crurale gauche.

Ce sac provient d'un homme de 60 ans, qui portait une hernie crurale gauche. Le sac offre en dedans de son collet une cicatrice au-dessus de laquelle se cache un petit kyste allongé, qui paraît être un ancien sac oblitéré, accolé au nouveau. Ces deux sacs sont enveloppés par une expansion cellulaire sacciforme, née du pourtour de l'anneau aponévrotique fourni à la hernie par un éraillement de la paroi antérieure du canal crural.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 321. — Sacs de hernies crurales

Ces sacs proviennent d'une femme de 60 ans. Ces petites hernies étaient presque entièrement formées des pelotons graisseux qui entraînaient de petits infundibulums péritoneaux. L'une d'elles, celle du côté droit, était compliquée d'entérocèle.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 322. — Sac de hernie crurale gauche.

Ce sac provient d'une femme de 60 ans, qui portait une hernie crurale gauche. Le *septum crurale* a été entraîné par le sac qui offre un petit étranglement vers la partie moyenne, et se termine en haut par un large évasement. Ce septum était fortifié par un réseau de veinules, qui provenait des veines obturatrice et épigastrique.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 323. — Moule en plâtre de la partie inférieure et postérieure du tronc ; hernie lombaire gauche.

Ce moule a été pris sur un homme de 70 ans qui a fait une chute dans un escalier ; il est tombé à la renverse et il a ressenti une violente douleur dans la région lombaire gauche ; puis il est apparu rapidement une tumeur au niveau où la douleur acquiert sa plus grande violence. Cette douleur était exaspérée par la toux et les efforts.

On constate sur ce moule, presque à égale distance, entre le

bord supérieur de la crête iliaque et le bord inférieur de la dernière côte, la présence d'une tumeur du volume d'un gros œuf, dont le diamètre transversal est supérieur au diamètre vertical. La saillie que fait cette tumeur est à peu près de 1 centimètre.

Cette tumeur, au niveau de laquelle la peau avait conservé ses caractères physiologiques, était assez douloureuse à la pression : elle était mate, irréductible. La saillie qu'elle faisait était permanente, elle s'augmentait pendant la toux et dans les efforts que l'on faisait exercer au malade.

(Professeur Broca, 1872.)

ORDRE 4.

Anus contre nature.

Neuf pièces seulement, du n° 324 au n° 332, se rapportent aux lésions de l'anus contre nature. Quatre de ces anus contre nature sont survenus à la suite de hernie crurale, n°s 324, 325, 327 et 329; deux à la suite de hernie inguinale, n°s 326 et 331 ; un à la suite de la hernie ombilicale, n° 330.

Une de ces pièces, n° 332, est un exemple de fistules stercorales qui s'est produite dans l'aîne, par suite de lésion cancéreuse des ganglions.

N° 324. — Portion d'intestin grêle; hernie crurale gauche; anus contre nature.

Cette pièce provient d'un homme de 70 ans, qui portait une hernie crurale gauche avec étranglement de l'intestin grêle. L'intestin était pincé, comme cela peut se voir sur la pièce, dans les deux tiers de la circonférence. Les matières qu'il contenait, se sont épanchées à la suite d'une perforation gangréneuse, dans un foyer creusé dans la paroi antérieure du canal crural. Il s'était produit un anus contre nature.

(Professeur J. Cloquet, 1816.)

N° 325. — Moitié latérale droite du bassin ; anus contre natur suite de hernie crurale.

Cette pièce provient d'une femme qui a été opérée par la méthode de Dupuytren, d'un anus contre nature, lequel a été

déterminé par une hernie crurale droite étranglée. L'entérotome a été appliqué deux mois après l'accident, et enfoncé de toute la longueur de ses branches. Les selles se rétablirent promptement, mais, comme de temps à autre il s'échappait encore par l'anus des mucosités stercorales, M. Bérard se proposait de recourir à l'autoplastie pour obtenir une guérison complète, lorsque la malade succomba à une pleuro-pneumonie latente.

On constate sur cette pièce, que les deux bouts de l'intestin, aux dépens desquels est formé l'anus contre nature, appartiennent à l'intestin grêle ; le supérieur, plus large, se continue avec la portion stomacale, l'inférieur se rendait après un court trajet dans le cœcum. A 3 centimètres de l'ouverture extérieure, les tuniques intestinales des deux bouts sont confondues et communiquent à l'extérieur par un canal unique. Ce canal est uni au collet du sac dans une partie de sa face interne, mais en dehors, l'adhérence presque linéaire est très-faible et bornée au contour de l'ouverture crurale : en sorte que, sur ce point, la dissection même superficielle eût nécessairement produit une plaie pénétrante de l'abdomen.

(Professeur A. Bérard, *Soc. anat.*, 1840, t. XV, p. 80.)

N° 326. — Portion d'intestin grêle avec la paroi abdominale; anus contre nature. Autoplastie.

L'autoplastie sur ce malade n'eut aucune suite fâcheuse ; le lambeau ne contracta d'adhérences qu'avec la partie supérieure de l'intestin; et il resta au-dessous de lui une ouverture, par laquelle les matières intestinales continuèrent à s'échapper, bien que le malade allât tous les jours à la garde-robe.

M. Gosselin fit, le 20 août, une deuxième opération occlusive, analogue à la première. Le malade fut pris d'un érysipèle qui se compliqua de délire, d'une double pleurésie avec épanchement brusque. La mort eut lieu le 27.

On constate sur cette pièce, du côté de la paroi abdominale, que l'ouverture de l'anus contre nature est encore assez large, et des adhérences solides existent entre le lambeau de la première opération et la partie supérieure du renversement intestinal. Quant au lambeau de la deuxième opération, il n'avait pas eu le temps de contracter aucune adhérence.

Du côté de la cavité péritonéale, l'intestin adhère solidement à l'ouverture herniaire, qui est large, et on ne trouve avec lui aucune portion d'épiploon. Les deux bouts de l'intestin qui ont été soumis à l'action de l'entérotome, sont accolés dans l'étendue d'environ 10 centimètres, et réunis par une cicatrice bien apparente en avant et en arrière. Après avoir fendu le bout supérieur, on a pu constater l'existence d'une cavité commune aux

deux bouts, très-large, sans rétrécissement, sans saillie ni bride extérieure, et dans laquelle s'ouvrent très-librement les deux bouts supérieur et inférieur de l'intestin.

(Professeur Gosselin, *Soc. de chir*, 1856, t. VII, p. 86.)

N° 227. — Segment antérieur de la moitié droite du bassin ; anus contre nature.

La nommée C ..., admise le 8 décembre 1848, à l'hôpital des Cliniques, dit qu'elle portait depuis deux mois une hernie crurale qu'un médecin ponctionna avec un bistouri : il est probable que cette hernie avait été prise pour un abcès. Il s'écoula par l'incision, en abondance, des matières fécales, et, comme pendant deux mois que la malade resta livrée aux soins de ce médecin, elle ne voyait point d'amélioration, elle se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, elle portait dans l'aîne droite, une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, avec une petite ouverture au milieu qui laissait écouler les liquides intestinaux. La peau qui recouvrait cette tumeur était rouge violacée. M. Richet débrida largement l'abcès, qui ne tarda pas alors à se déterger, la peau se gangrena néanmoins, et mit à nu le triangle de scarpa, comme cela se constate sur la pièce ; au milieu de la base, se trouve l'ouverture intestinale. Le bout inférieur se présentait sous forme de masse rougeâtre boursouflée; sa disposition fit croire, qu'il appartenait au jéjunum, et M. Richet tenta de nourrir la malade en injectant du bouillon par le bout inférieur, mais de vives coliques obligèrent d'y renoncer.

Le samedi 13 mai, M. Richet, pensant que la malade était dans de bonnes conditions, résolut de tenter l'application de l'entérotome pour effacer l'éperon ; mais auparavant, il passa une sonde de femme dans le bout inférieur de l'intestin, en même temps qu'avec une autre sonde il alla à la recherche de l'orifice du bout supérieur qui fut assez facile à trouver. Le choc qui résulta de la rencontre des deux sondes, avertit M. Richet qu'elle était la saillie de l'éperon. Alors, avec des pinces à griffes et des ciseaux courbes, il excisa l'extrémité du bout inférieur qui faisait saillie au dehors, et l'application de l'entérotome fut remise au lendemain, à cause des douleurs qu'avaient déterminées cette première partie de l'opération.

Les douleurs persistant, et l'issue d'un fragment de graisse, qui se présenta le lendemain dans les tentatives que M. Richet fit pour aller à la recherche des deux bouts de l'intestin, déterminèrent le chirurgien à ne point encore appliquer l'entérotome. Le 17 au matin, l'examen de la plaie faisant constater une diminution notable dans la saillie de l'éperon. M. Richet résolut,

alors d'essayer à l'effacer à l'aide du moyen employé par Désault pour son matelot; à cet effet, il fit exécuter une plaque en forme de fourche. Les selles, après l'excision du bout inférieur, s'étaient déjà rétablies en partie et les matières s'écoulaient moins abondamment par l'anus contre nature. La fourche n'a pu rester appliquée que deux jours environ, à cause des douleurs vives qu'elle occasionnait à la malade; après son ablation, l'amélioration progressa néanmoins, de jour en jour ; des selles naturelles ont lieu, et le 1er février, M. Richet songe à chercher à obtenir la cicatrisation de la plaie.

Tout se passe assez bien : la plaie est en voie de cicatrisation; lorsque, le 21, la malade se plaint de coliques, elle vomit; de la diarrhée se développe le 23 mai, sans qu'il existe de péritonite, et la malade succomba le 28.

On constate à l'autopsie que la portion intestinale herniée est la dernière partie de l'iléon ; les deux bouts intestinaux sont rouges, enflammés, le supérieur présente une dilatation double de l'inférieur. La saillie de l'éperon, comme on le voit sur la pièce, est peu considérable. Les adhérences qui unissent l'intestin à la paroi abdominale sont très minces, très faibles et de plus très courtes ; la communication avec l'extérieur est réduite à un trajet fistuleux. On remarque au niveau du point où l'intestin adhère à l'anneau, une ligne celluleuse blanchâtre, correspondant au sommet de l'angle formé par le mésentère.

(Professeur, Richet, *Soc. anat.*, 1849, t. XXV, p. 228)

N° 328. — **Portion d'intestin; anus contre nature.**

L'homme sur lequel a été prise cette pièce était âgé de 56 ans, et il raconte que, vingt-trois mois avant son entrée à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Maisonneuve, il subit l'opération de la hernie inguinale étranglée. La hernie ne datait pas de longtemps, elle était peu volumineuse ; le malade ne peut dire si l'intestin était gangrené, ou s'il a été ouvert par le chirurgien. Toujours est-il que c'est de cette époque que date l'anus contre nature.

Dans le pli de l'aine du côté droit, vers le milieu de son étendue, existait une ouverture par laquelle sortaient des matières jaunes ou vertes mêlées, après le repas, de morceaux d'aliments. L'ouverture était circulaire, sa circonférence avait 10 centimètres environ, au fond ne se sentait point d'éperon. Le malade rendait par le rectum quelques selles normales, mais en petite quantité.

Deux jours après son entrée à l'hôpital, M. Maisonneuve fait une incision, en haut et en dehors, dans le sens du pli de l'aine, pour agrandir l'ouverture de l'anus contre nature; il survint alors un peu d'érysipèle qui gagna rapidement les bourses

et on détermina la gangrène en quarante-huit heures. Une semaine après cet accident, le malade allait assez bien, quoiqu'il eût le scrotum complètement détruit; on appliqua l'entérotome, la mort survint trois jours après, au milieu des phénomènes d'adynamie très-marqués : il n'y avait eu aucuns symptômes du côté de l'abdomen.

La hernie s'était opérée par la fossette inguinale moyenne. On trouve, en effet, en dehors, l'artère épigastrique qui sépare l'infundibulum de l'orifice abdominal du canal inguinal. En dedans de l'infundibulum, se trouve le cordon qui remplace l'artère ombilicale.

L'ouverture de l'intestin, existait à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de l'intestin grêle. L'infundibulum, depuis la peau jusqu'à la circonférence antérieure de l'intestin, a 6 centimètres ; la structure des parois de ce canal paraît en tout semblable à celle du bout supérieur de l'intestin ; il est enveloppé du péritoine pariétal, avec lequel il a contracté des adhésions assez résistantes.

Il n'existait point d'éperon, nulle part les faces mésentériques de l'intestin ne sont en contact; elles n'ont pas pu, par conséquent, adhérer l'une à l'autre. Ce qui sur le vivant aurait pu être pris pour un éperon, n'est autre chose qu'un repli des parois intestinales dont la circonférence supérieure s'affaissait et formait valvule; c'est là que l'entérotome a été appliqué. On voit sur la pièce, à l'extrémité postérieure de ce repli non permanent, deux ouvertures produites par la pression des branches de l'entérotome.

Le bout supérieur de l'intestin était hypertrophié; l'inférieur, au contraire, a des parois minces, transparentes comme une séreuse après dessication. Les vaisseaux du mésentère sont volumineux du côté du bout supérieur, ceux qui se dirigent vers le bout inférieur sont à peine visibles.

(M. Maisonneuve, *Soc. anat.*, 1855, t. XXX, p. 322.)

N° 329. Modèle en cire de l'abdomen; la région antérieure est représentée ouverte; anus contre nature.

Modèle en cire de la région abdominale : elle est représentée ouverte à sa partie antérieure, et l'on constate qu'il existe une oblitération d'une portion d'intestin qui, primitivement, avait donné lieu à un anus contre nature

(Professeur Dupuytren, *Bul. de la Fac.*, t. III, p. 47.)

N° 330. — Portion de la paroi abdominale antérieure; anus contre nature.

Sur cette pièce on constate à la paroi abdominale antérieure,

dans la région ombilicale, une vaste ulcération cicatrisée et déprimée, qui résulte probablement d'une gangrène de cette région. Au fond de cette dépression, existent deux orifices communiquant dans une anse d'intestin grêle, anus contre nature, suite probable de hernie ombilicale étranglée. Du côté de la face abdominale, on a laissé en place le cœcum et une grande portion du gros intestin qui est très-dilaté.

(Professeur Laugier, 1863.)

N° 331. — Segment de la paroi abdominale antérieure ; anus contre nature, consécutif à une hernie inguinale droite étranglée.

Cette pièce provient d'un homme de 72 ans, qui portait depuis 15 mois un anus contre nature, consécutif à une hernie inguinale étranglée. Cet anus contre nature occupait la région iléo-inguinale droite, un peu au-dessus de la partie moyenne de l'arcade de Fallope.

L'orifice cutané présente environ 3 centimètres de diamètre, un bourrelet saillant et irréductible de la muqueuse du bout supérieur le recouvre en partie. Ce bourrelet adhère à la peau dans la partie périphérique de sa base. Le bout supérieur de l'intestin s'ouvre au centre de ce bourrelet muqueux, au côté interne du bout inférieur.

Le doigt pénétrait facilement dans le bout supérieur qui s'ouvre à fleur de la peau ; en le ramenant vers le bout inférieur, il trouvait la saillie de l'éperon, qui était peu distante de l'orifice cutané, 1 centimètre 1/2 environ. Le doigt arrivait ainsi dans le bout inférieur, et tombait dans un cul-de-sac qu'il ne pouvait dépasser, ce qui fit penser à M. Gosselin qu'il s'agissait d'un anus contre nature, qui portait sur une anse complète de la dernière portion de l'intestin grêle, avec absence d'infundibulum, et présence d'un éperon. L'individu succomba rapidement à un érysipèle qu'il gagna dans les salles.

On constate sur la pièce, que le bout supérieur de l'intestin arrive obliquement à la paroi abdominale, en s'y reliant fortement par son feuillet séreux, sans infundibulum. Le bout inférieur se détache également de la paroi abdominale parallèlement au bout supérieur et de même calibre que lui dans une étendue de 4 centimètres environ. Ces deux bouts sont adossés et unis par le mésentère, cet adossement constitue l'éperon. Puis le bout inférieur, au lieu de devenir libre, se contourne en décrivant un coude très-prononcé qui effaçait presque son calibre. C'est là que le doigt se trouvait arrêté. Après ce coude il remonte verticalement vers la paroi abdominale, adossé et intimement uni à sa première portion, et arrive ainsi à la paroi abdominale à laquelle l'attache une bride qui l'enserre, de façon à pro-

comme un étranglement, sans toutefois détruire complètement son calibre.

(Professeur Gosselin, *Soc. anat.*, 1872, 2e série, t. XVII, p. 244.)

N° 332. — Affection cancéreuse des ganglions inguinaux, qui s'est étendue jusqu'aux intestins et a déterminé un anus contre nature.

Cette pièce provient d'une femme de 68 ans, qui, à la suite d'un écoulement vaginal, fut prise d'un engorgement assez considérable des ganglions inguinaux; il se forma une collection purulente qui fut ouverte, ces ganglions restèrent fistuleux. Dix-huit mois après, ces ganglions se tuméfièrent de nouveau, on pensa qu'ils étaient cancéreux, et après s'être ramollis on vit s'écouler du centre de la tumeur des matières stercorales.

A l'autopsie, on constata derrière les parois abdominales, dont toute l'épaisseur est prise par la tumeur cancéreuse, qu'il se trouvait une portion du grand épiploon qui sert à établir des adhérences intimes entre elles et l'intestin dans l'étendue de 7 centimètres. La partie de l'intestin qui a contracté ces adhérences, est la portion iliaque du gros intestin. En arrière il a également contracté des adhérences intimes avec le muscle psoas.

En portant un stylet par l'ouverture médiane de la tumeur qui, la première, a donné passage aux matières stercorales, on arrive presque directement dans l'intérieur de l'intestin; mais si la sonde venait à dévier, elle pénétrait beaucoup plus profondément et arrivait dans une vaste cavité, où elle peut exécuter des mouvements plus étendus. (Voir l'observation.)

(M. Potier, *Soc. anat.*, 1842, t. XVII, p. 328.)

N° 333. — Segment de la partie antérieure et gauche du bassin; fistules stercorales, suite de hernie crurale étranglée.

Cette pièce provient d'une vieille femme de 70 ans, qui portait dans l'aine gauche un ulcère, large comme la paume de la main. Cet ulcère, par un trajet très-oblique, se continuait jusque dans l'abdomen et communiquait par plusieurs fistules avec une anse intestinale.

(Professeur Broca.)

ORDRE 5.

Inversions splanchniques.

Cinq pièces seulement, n° 334, 335, 336, 337 et 338, sont relatives aux inversions splanchniques ; dans la plupart de ces pièces l'inversion est complète.

N° 334. — Portion de colonne vertébrale avec le thorax et le bassin, cœur d'adulte; inversion de la pointe du cœur qui est à droite.

Sur cette pièce, qui est préparée par dessiccation et en mauvais état de conservation, on constate qu'il existe une inversion du cœur, dont la pointe est dirigée à droite et la base à gauche.

Le ventricule droit regarde en bas et à gauche. La concavité de la crosse de l'aorte est à droite, et l'aorte thoracique est située sur le côté droit de la colonne vertébrale. Les trois troncs artériels qui naissent de la crosse de l'aorte, sont également déplacés ; le tronc brachio-céphalique est situé à gauche. La veine cave supérieure est à gauche de l'aorte. Il est probable qu'il y avait également transposition des poumons, mais ces organes, ainsi que l'estomac qui semble néanmoins plus porté à gauche, sont déformés et mal conservés.

(Professeur Thillaye.)

N° 335. — Portion de colonne vertébrale avec le thorax et l'abdomen d'un adulte ; inversion complète des organes splanchniques.

Cette pièce est préparée par dessication. Il existe une inversion complète des organes splanchniques sur un adulte. Le cœur présente une déviation de sa pointe à droite, ainsi que le ventricule gauche ; sa base est à gauche ainsi que le ventricule droit. L'artère aorte a la courbure de sa crosse située à droite, et sa portion thoracique est située sur le côté droit de la colonne vertébrale.

La grosse tubérosité de l'estomac est située à droite. La rate occupe l'hypocondre droit, le foie est à gauche, ainsi que le cœcum.

(Professeur Breschet, 1836.)

N° 333. — Portion du thorax et de la cavité abdominale; inversion complète des organes thoraciques et abdominaux.

Cette pièce a été observée en 1836 à l'Hôtel-Dieu, sur un jeune homme de 27 ans. Le cœur présente une déviation de sa pointe à droite, ainsi que le ventricule gauche. L'artère aorte à la courbure de sa crosse située à droite, et sa portion thoracique est située sur le côté gauche de la colonne vertébrale. Il existe également une inversion des poumons; celui de gauche présente trois lobes, tandis que celui de droite n'en présente que deux.

L'estomac a sa grosse tubérosité à droite, la rate est également à droite. Le foie, très-volumineux, est à gauche. Le reste de l'intestin n'a point été conservé.

(M. Marjolin, 1836.)

N° 337. — Tête, thorax et abdomen d'un fœtus; inversion splanchnique complète.

Tête, thorax et abdomen d'un fœtus à terme; le thorax et la poitrine sont ouverts. Sur cette pièce, on constate qu'il existe une inversion complète des viscères thoraciques et abdominaux.

(Professeur Breschet, 1823.)

N° 338. — Tête, thorax et abdomen d'un fœtus; inversion splanchnique complète.

Sur ce fœtus qui est né à terme, et dont la cavité thoracique et abdominale ont été ouvertes, on constate que l'inversion des organes thoraciques est aussi complète que possible. Le cœur est à droite, le poumon gauche a trois lobes, le gros cul-de-sac de l'estomac et la rate sont à droite. Le foie est à gauche ainsi que le cœcum.

(Professeur Breschet, 1823.)

ORDRE 6.

Corps étrangers de l'intestin grêle.

Le nombre des pièces qui se rapportent aux corps étrangers de l'intestin grêle, sont au nombre de 79, du n° 339 au n° 416 inclusivement. Une seule de ces pièces, n° 339, se

rapporte à l'homme: il s'agit d'une pipe qui a déterminé des accidents graves. Toutes les autres pièces ont été trouvées sur des animaux, et sont relatives à des concrétions, des bezoards et des calculs intestinaux.

N° 339. — Pipe qui a été avalée et a déterminé des accidents graves; la mort est survenue cinq jours après que la pipe a été rendue par les selles.

Cette pipe a été avalée par un homme de 40 ans, au moins un mois avant la mort du malade; les accidents qu'elle a déterminés, sont devenus très-graves, seulement on ne pouvait assurer si le corps étranger était encore dans l'estomac où s'il s'était arrêté dans l'intestin grêle. La percussion plessimétrique a permis à M. Gosselin de le reconnaître à deux reprises différentes dans la région iliaque droite; mais à ce moment, cette pipe a été expulsée par les selles, et la mort a eu lieu quelques jours après.

Cet homme pariait de temps à autre avec ses camarades qu'il avalerait divers corps étrangers. Il s'était ingéré une fois une pièce de 5 fr.; plus tard une cuiller à café, une autre fois un rouleau fermé Ces objets avaient passé sans déterminer d'accidents, et avaient été rejetés par l'anus deux ou trois jours après. Cette pipe a été ingérée le 27 juillet, à la suite d'un pari dont l'enjeu était de 2 francs. Le lendemain, le malade est pris de coliques, de vomissements, de diarrhée. Les vomissements de matière bilieuse revenaient de cinq à sept fois par jour.

Il entre à l'Hôtel-Dieu le 30 août, dans le service de M. Gosselin, 34 jours après l'ingestion du corps étranger; les vomissements et la diarrhée persistaient encore, mais sans qu'il fût possible de reconnaître le siége du corps étranger. A l'autopsie, on a trouvé une péritonite légère. La pipe et le tuyau ont une longueur de 10 centimètres.

(Professeur Gosselin, *Gaz. des hôpitaux*, 1851, p. 504.)

N° 340. — Portion de boule de terre argileuse.

Cette pièce a été trouvée dans l'estomac d'un cheval. Cette masse argileuse est volumineuse ; elle a une forme à peu près cubique.

(Ecole d'Alfort, 1795.)

N° 340 *a*. — Portion de boule de terre argileuse.

Cette boule de terre argileuse, quadrilatérale, volumineuse, a

été trouvée dans l'estomac d'un cheval. Ce fragment a une forme à peu près cubique.
(Ecole d'Alfort, 1795.)

N° 341. — Concrétion volumineuse.

Cette concrétion, qui est volumineuse et contient une cavité à son centre, est formée de couches concentriques : elle est volumineuse, aplatie et a environ 7 centimètres de diamètre en tous sens. Elle a été trouvée dans l'intestin d'un animal qui est indéterminé.

N° 342. — Moitié de concrétion intestinale.

Cette concrétion, formée de couches concentriques, est volumineuse et a été trouvée dans l'intestin d'un bœuf.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 343. — Concrétion.

Moitié d'une concrétion volumineuse trouvée dans la caillette d'un bœuf. La surface est mamelonnée. Cette masse paraît en partie formée de matières végétales, et est recouverte d'une enveloppe noire de matière animale.
(Ecole d'Alfort, 1795.)

N° 344. — Concrétion.

Moitié d'une concrétion volumineuse, trouvée dans la caillette d'un bœuf. Cette concrétion est enveloppée d'une couche brunâtre ; la surface est mamelonnée.

N° 345. — Concrétion.

Moitié d'un corps étranger trouvé dans l'estomac d'un dromadaire. Cette concrétion paraît être formée de radicules de végétaux, recouverts d'une couche noire.

N° 346. — Concrétion.

Moitié d'une concrétion très-volumineuse, trouvée dans la

caillette d'un bœuf et formée en partie de débris de substances végétales, récouvertes par une croûte de matière animale.
(Ecole d'Alfort, 1795.)

N° 347. — Egagropile.

Egagropile volumineuse, arrondie ; elle a 37 centimètres de circonférence et a été trouvé dans l'estomac d'un bœuf.

N° 348. — Egagropile.

Egagropile d'un très-gros volume; elle est arrondie et a 67 centimètres de circonférence. Ce corps étranger a été trouvé dans les intestins d'une vache âgée de 7 ans, qui a été abattue en novembre 1832, à Buenos-Ayres. Plusieurs coupes ont été pratiquées dans l'épaisseur de cette egagropile.
(M. Cambaceres et professeur Chomel.)

N° 349. — Egagropile.

Egagropile arrondie, d'environ 34 centimètres de circonférence, trouvée dans l'intestin d'une vache.

N° 350. — Egagropile.

Egagropile arrondie, volumineuse, trouvée dans l'intestin d'un bœuf.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 351. — Egagropile.

Moitié d'une égagropile arrondie, trouvée dans l'estomac d'une vache, et ayant pour noyau des matières végétales.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 352. — Egagropile.

Egagropile peu volumineuse arrondie.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 353. — Egagropile.

Egagropile du volume d'un gros œuf, ovoïde. Elle a été divisée

en deux, suivant son grand axe et à son centre, elle a pour noyau des matières végétales.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 354. — Egagropile.

Egagropile arrondie, du volume d'une pomme.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 355. — Egagropile.

Egagropile ovoïde du volume d'un gros œuf, et qui a probablement pour noyau des matières végétales.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 356. — Egagropile.

Egagropile arrondie, du volume d'une petite pomme, et ayant probablement au centre, pour noyau, des matières végétales.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 357. — Egagropile.

Egagropile très-oblongue, du volume d'un petit œuf de poule.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 358. — Egagropile.

Moitié d'une égagropile peu volumineuse, ovoïde, ayant à son centre, pour noyau, des matières végétales.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 359. — Egagropile.

Moitié d'une égagropile de bœuf, très feutrée, aplatie.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 360. — Egagropile.

Portion d'égagropile de bœuf, assez volumineuse.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 361. — Egagropile.

Moitié d'une égagropile arrondie, peu volumineuse, trouvée dans l'estomac d'un bœuf.

N° 362. — Egagropile.

Portion d'une égagropile de bœuf; la couche lisse extérieure est à peine apparente.

N° 363. — Egagropile.

Egagropile du volume d'une grosse orange, recouverte à sa surface d'une couche lisse terreuse.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 364. — Egagropile,

Egagropile arrondie d'un petit volume, recouverte d'une couche terreuse lisse.

N° 365. — Egagropile.

Moitié d'une égagropile trouvée dans la caillette d'un bœuf.

N° 366. — Egagropile.

Moitié d'une égagropile peu volumineuse, dont la surface est lisse et recouverte d'une couche terreuse.

N° 367 — Egagropile.

Egagropile du volume d'une orange parfaitement ronde, dont la surface lisse est recouverte d'une couche terreuse.

N° 368. — Egagropile.

Egagropile arrondie de 25 centimètres de circonférence, d'une légèreté remarquable et dont la surface est recouverte d'une couche lisse terreuse.

N° 369. — Egagropile.

Egagropile arrondie de 27 centimètres de circonférence; sa surface est recouverte d'une couche terreuse très-lisse.

N° 370. — Egagropile.

Egagropile du volume d'une pomme, dont la surface lisse est recouverte d'une couche terreuse.

N° 371. — Egagropile.

Egagropile de vache de forme triangulaire à facette, la surface est recouverte d'un enduit lisse, terreux.

N° 372. — Egagropile.

Egagropile de cheval, volumineuse, arrondie; dont la surface est recouverte d'une couche terreuse lisse.

N° 373. — Egagropile.

Egagropile volumineuse, arrondie, recouverte à sa surface d'une couche terreuse lisse.

N° 374. — Egagropile.

Egagropile volumineuse, arrondie, recouverte d'une couche terreuse lisse.

N° 375. — Egagropile.

Portion d'une égagropile volumineuse, dont la surface est recouverte d'une couche terreuse lisse.

N° 376. — Bézoard de bouc.

Ce bézoard a été trouvé sur un bouc; il a le volume d'une grosse prune et est lisse à sa surface.

N° 377. — Bézoard.

Bézoard de gazelle qui a le volume d'une orange ; la surface est lisse, arrondie.

N° 378. — Bézoard.

Bézoard du volume d'une petite orange, dont la surface est lisse, arrondie.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 379. — Bézoard.

Bézoard de bouc des montagnes du Pérou.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 380. — Concrétions développées sur un fichu de gaz.

Moitié d'un fichu de gaz qui a été avalé par un cheval. Ce fichu est divisé en lobules par des incrustations qui se sont déposées sur les plis qu'il formait.
(Ecole d'Alfort, 1795.)

N° 381. — Bézoard volumineux.

Ce bézoard, de forme sphérique, pèse 4 kilogrammes, et il a 50 centimètres de circonférence. Il a été trouvé dans l'intestin d'une jument.
(Ecole d'Alfort, 1795.)

N° 382 — Bézoard volumineux.

Moitié d'un bézoard volumineux trouvé chez un cheval.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 383. — Bézoard volumineux.

Moitié d'un bézoard volumineux, formé de couches concentriques trouvé chez un bœuf.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 384. — Calcul intestinal.

Trois portions d'un calcul intestinal qui était très-volumineux, et a été trouvé dans l'intestin d'un cheval. Ce calcul entier pesait 7 kilogrammes, il était arrondi.

N° 385. — Calcul intestinal.

Moitié d'un calcul intestinal qui a été trouvé chez un éléphant. Ce calcul qui est rond a 12 centimètres de diamètre.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 386. — Calcul intestinal.

Moitié de calcul intestinal, trouvé chez un bœuf.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 387. — Calcul intestinal.

Calcul intestinal de forme oblongue, arrondi, qui a été trouvé chez un cheval.

N° 388. — Calcul intestinal.

Moitié d'un calcul intestinal de cheval qui a 12 centimètres de diamètre.

N° 389. — Calcul intestinal.

Moitié d'un petit calcul intestinal trouvé chez un cheval.

N° 390. — Calcul intestinal.

Petite portion d'un calcul intestinal trouvé chez un cheval.

N° 391. — Calcul intestinal.

Calcul oblong de 16 centimètres de long. sur 31 de circonférence, trouvé dans l'intestin du cheval.

N° 392. — Calcul intestinal.

Moitié d'un calcul intestinal de forme triangulaire, trouvé dans l'intestin d'un cheval.

N° 393. — Calcul intestinal.

Ce calcul a été trouvé dans l'intestin d'un cheval; il est irrégulier à facettes et de forme triangulaire.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 394. — Calcul intestinal.

Moitié d'un calcul intestinal de cheval; ce calcul est de forme triangulaire et à facettes.

N° 395. — Calcul intestinal.

Moitié d'un calcul formé par la réunion de trois autres calculs, d'abord distincts, puis réunis en un seul, affectant une forme tétraédrique. Il a été trouvé dans l'estomac d'un cheval.
(Ecole d'Alfort, 1795.)

N° 396. — Calcul intestinal.

Moitié d'un calcul de forme à peu près sphérique, recouvert d'une enveloppe noire, formée très-probablement, de substance animale.
(Ecole d'Alfort, 1795.)

N° 397. — Calcul intestinal.

Moitié d'un calcul intestinal de cheval; il est très-dur, compacte et a pour noyau un clou. Ce calcul paraît formé de deux portions ultérieurement réunies.
(Ecole d'Alfort, 1795.)

N° 398. — Calcul intestinal.

Calcul intestinal qui a été trouvé dans l'intestin d'un bufle sauvage. Ce calcul a pour noyau un fer de lance.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 399. — Calcul intestinal.

Moitié d'un calcul lenticulaire trouvé dans l'estomac d'un cheval.
(Ecole d'Alfort, 1795.)

N° 400. — Calcul intestinal.

Moitié d'un calcul provenant de l'estomac d'un cheval, qui présente à son centre un corps étranger qui paraît lui avoir servi de base.

N° 401. — Calcul intestinal.

Trois calculs, de grosseur moyenne, de forme tétraédrique et à facettes, trouvés dans le côlon d'un cheval.
(Ecole d'Alfort, 1795.)

N° 402. — Calcul intestinal.

Fragments de bézoard oriental, du cabinet du cardinal Albani ; ce bézoard lui a été envoyé par le Grand Mogol.
(Professeur J. Cloquet.)

N° 403. — Calcul intestinal.

Moitié d'un calcul peu volumineux qui a été trouvé dans l'estomac d'un cheval.

N° 404. — Calcul intestinal.

Calcul peu volumineux, aplati, ayant la forme d'une amande et qui a été trouvé dans l'estomac d'un cheval.

N° 405. — Calcul intestinal.

Calcul de forme lenticulaire provenant de l'estomac d'un cheval.

N° 406. — Calcul intestinal.

Portion d'un petit calcul qui a été trouvé dans l'estomac d'un cheval.

N° 407. — Calcul intestinal.

Moitié d'un petit calcul trouvé dans l'estomac d'un cheval.

N° 408. — Calcul intestinal.

Moitié de calcul trouvé dans l'estomac d'un cheval ; il a une forme triangulaire.

N° 409. — Calcul intestinal.

Calcul rond peu volumineux, trouvé dans le canal intestinal d'un cheval.

N° 410. — Calcul intestinal.

Moitié d'un très-petit calcul trouvé dans l'estomac d'un cheval.

N° 411. — Calcul intestinal.

Moitié d'un très-petit calcul de l'estomac d'un cheval.

N° 412. — Calcul intestinal.

Ce corps étranger a été trouvé dans le troisième estomac d'un bœuf, entre les feuillets. Ce corps étranger, très-aplati, comme une planche, est assez solide.

N° 413. — Calcul intestinal.

Moitié d'un calcul retiré de l'estomac d'un bœuf.
(Ecole d'Alfort, 1795.)

N° 414. — Calcul intestinal.

Portions diverses de calculs intestinaux de la vache, dont la substance paraît mélangée de fourrage.

N° 415. — Calcul intestinal.

Calcul qui provient du canal intestinal d'un cheval. Ce calcul à facettes a été scié pour en montrer la structure.

N° 416. — Calcul intestinal.

Ce calcul provient du canal intestinal d'un cheval ; il est à facettes.

ORDRE 7.

Emphysème de l'intestin grêle.

Trois pièces seulement, nos 417, 418, 419, se rapportent à l'emphysème de l'intestin grêle, et dans ces trois pièces, l'emphysème est consécutif à la fièvre typhoïde. Ces pièces, très-remarquables, m'ont paru mériter une place à part, en attendant que de nouvelles viennent les éclairer.

N° 417. — Portion d'intestin grêle; Emphysème de l'intestin.

Cette portion d'intestin a été envoyée de Calais, à M. le professeur Cruveilhier. On constate qu'il existe dans l'épaisseur des valvules conniventes de l'intestin grêle, une très-grande quantité de bulles d'air, qui donnent une grande épaisseur à ces valvules, en même temps qu'elles sont plus saillantes.

Cette lésion peut quelquefois s'observer dans les cas de putréfaction ; mais sans gangrène, la cause de cet emphysème, comme sur cette pièce, est le plus généralement inconnue.

(Professeur Cruveilhier.)

N° 418. — Portion d'intestin grêle; emphysème.

Cette pièce a une certaine analogie avec la précédente. Elle a été recueillie sur un homme jeune encore, qui est mort rapidement au début d'une fièvre typhoïde.

La portion d'intestin conservée, a été prise au niveau de la partie moyenne de l'iléon. Outre les lésions propres de la fièvre typhoïde, on trouve sur cet intestin un grand nombre de petites saillies arrondies, situées sous la muqueuse, dont quelques-unes acquièrent le volume d'un gros pois, et qui sont constituées par des bulles d'air; leur nombre est assez considérable. Il n'y avait point d'éraillure de la muqueuse, et rien n'a pu expliquer comment ont pu se former ces cavités kystiques aériennes, qui sont toutes isolées les unes des autres, et groupées dans certains points.

(M. Tassel, *Sc. anat.*, 1851, t. XXIX, p. 284.)

N° 419. — Dessin à l'aquarelle représentant une portion d'intestin grêle; emphysème.

Ce dessin, très-bien exécuté, représente une portion de l'intestin grêle, sur laquelle on observe un grand nombre de petites bulles arrondies, du volume d'un gros pois, et qui étaient remplies d'air. Emphysème de l'intestin, survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde.

(M. Blain des Cormiers, 1854.)

ORDRE 8

Rétrécissement de l'intestin grêle.

Les pièces relatives au rétrécissement de l'intestin grêle ne sont qu'au nombre de six dans le Musée, n^os^ 420, 421, 422, 423, 425 et 426. Ces rétrécissements tiennent à des causes bien diverses : sur la pièce n° 420, qui aurait pu être placée parmi les étranglements internes, le rétrécissement est produit par une tumeur fibreuse qui comprime une anse intestinale.

Sur les autres pièces, le rétrécissement est le résultat d'une ulcération en voie de cicatrisation, ou même cicatrisée. Mais une des causes les plus fréquentes du rétrécissement de l'intestin grêle, est certainement l'étranglement dans les hernies. Le rétrécissement peut alors être passager ; mais alors, il n'y a eu qu'inflammation ou paralysie des fibres musculaires. Lorsqu'il a existé une ulcération n° 424, le rétrécissement prenant un caractère fibreux, est permanent. La pièce n° 425 est un cas d'obstruction intestinale de l'intestin par un calcul biliaire.

N° 420. — Portion d'intestin grêle; rétrécissement.

Sur cette portion d'intestin grêle, on constate qu'il existe une tumeur fibreuse du volume d'un gros œuf, qui s'était développée dans la cavité abdominale : cette tumeur est ovoïde, elle adhère au duodénum et à une anse de l'iléon. Elle a notablement rétréci l'intestin à ce niveau.

(M. Barth, 1842.)

N° 421. — Portion d'intestin grêle, rétrécissement.

Cette pièce provient d'une femme de 22 ans, malade depuis treize mois, qui éprouvait par intervalles, des douleurs abdominales avec gonflement du ventre, accompagnées d'éructations gazeuses; il n'y avait point de difficulté à aller à la selle.

L'intestin grêle, à 10 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale, est considérablement rétréci. Ce rétrécissement fibreux est dû à une ulcération circulaire en partie cicatrisée : elle occupe presque tout le pourtour de l'intestin ; à ce niveau, le diamètre du canal intestinal est de 1 cent. 1/2. Le bout supérieur de l'intestin grêle, dans une étendue de 1 mètre 1/2, est triplé de diamètre; la dilatation est telle, que, dans certains points, le calibre de l'intestin présente de 12 à 13 centimètres. Les parois en sont hypertrophiées, surtout aux dépens de la tunique musculeuse. Il existe dans plusieurs points des ulcérations qui pénètrent les parois intestinales à une profondeur variable ; sur un endroit, on voit une perforation de toutes les tuniques, elle à la grandeur d'une lentille, et c'est par elle que s'est fait un épanchement dans la cavité abdominale, qui a déterminé une péritonite qui a été mortelle. Au-dessous de l'étranglement l'iléon reprenait son volume normal.

(M. Louis, *Soc. anat.*, 1840, p. 339.)

N° 422. — Portion d'intestin iléon ; rétrécissement avec péritonite suraiguë.

Portion d'intestin grêle d'une femme de 45 ans, sur lequel on observe un rétrécissement très-prononcé. Ce rétrécissement, qui paraît devoir être consécutif à une fièvre typhoïde, est tellement prononcé, qu'il laissait à peine passer une sonde de femme. Le bout supérieur de l'intestin est très-dilaté, et les parois en sont épaissies.

(M. Barth, 1842.)

N° 423. — Portion d'intestin grêle ; rétrécissement.

Cette pièce provient d'un malade âgé de 35, qui avait pendant plusieurs mois, éprouvé de temps en temps de vives douleurs dans le ventre, qui duraient à peine quelques jours.

Trois jours environ avant sa mort, au milieu de son sommeil, il fut éveillé par une très-vive douleur dans le ventre, qui ne tarda point à déterminer des vomissements qui devinrent rapidement continus : les matières vomies étaient composées d'un

liquide noirâtre, avec odeur aigrelette, mais n'étaient point constituées par des matières fécales. Les garde-robes, à partir de l'apparition subite des douleurs abdominales, demeurèrent supprimées, malgré l'emploi des lavements et de purgatifs. Le ventre était fortement météorisé.

A l'autopsie, on reconnut l'existence d'une péritonite aiguë, purulente et pseudo-membraneuse. A 1 mètre environ de la dernière portion du duodénum, on constata que l'intestin grêle formait une masse cylindrique, située dans l'hypocondre droit: cette masse était recouverte de pseudo-membranes qui faisaient adhérer les anses intestinales. Au milieu de cette masse intestinale, on constata, en un point, une perforation, et, au dessous, un étranglement circulaire marqué par une dépression. L'on peut constater qu'à ce niveau, l'iléon rétréci ne permet point le passage de l'extrémité du petit doigt.

Immédiatement au-dessus du rétrécissement, existe une vaste ulcération à bords coupés à pic, au centre de laquelle existe la perforation intestinale.

(M. Dumontpallier, *Soc. de Biologie*, 1863, p. 139).

N° 124. — Portion d'intestin grêle; rétrécissement considérable.

Ce rétrécissement de l'intestin grêle a été observé sur une femme, qui, trois mois et demi avant son entrée à l'hôpital, fut opérée d'une hernie étranglée. L'intestin a été réduit en entier et les accidents de l'étranglement n'ont jamais cessé complètement: elle est morte de péritonite.

Sur cette pièce on voit un rétrécissement circulaire considérable de l'intestin grêle, il siége vers son tiers inférieur; c'est à peine si une sonde d'homme pouvait le franchir. Son pourtour est dur fibreux, le calibre de l'intestin a double au-dessus et au-dessous de l'étranglement, les valvules conniventes sont complètement disparues, et les parois de l'intestin considérablement hypertrophiées. M. Guignard a pensé que l'intestin dilaté au-dessus du point rétréci, a formé une sorte d'infundibulum au fond duquel la muqueuse était un peu ulcérée: il s'est opéré une perforation qu'il n'a pu retrouver.

(M. Guignard. *Soc. anat.*, t. XVII p. 18, 175.)

N° 125. — Portion d'intestin grêle; oblitération par un calcul biliaire.

Cette portion d'intestin qui appartient à l'iléon, est complètement oblitérée par un calcul biliaire du volume d'une grosse noix, arrêté dans l'iléon qu'il oblitère complètement. Le corps étranger ne pouvait ni avancer ni reculer.

(M. Barth, 1811.)

ORDRE 9.

Inflammations de l'intestin grêle.

Vingt pièces, du n° 426 au n° 445 inclusivement, sont comprises dans cette neuvième section. La plupart se rapportent aux lésions de la fièvre typhoïde. La pièce n° 431 est un exemple rare de lésions consécutive à une tuberculose et à une lésion simultanée de la fièvre typhoïde.

Les deux pièces n°s 443 et 444, sont des exemple de lésions de l'intestin, consécutives au choléra, et la pièce n° 445 est un exemple de lipôme de l'intestin, expulsé spontanément.

N° 426. — Trois portions d'intestin grêle ; plaques gaufrées.

Portions diverses, au nombre de trois, de l'intestin grêle d'un jeune homme de 18 ans, qui est mort au cinquième jour d'une fièvre typhoïde. Sur chacun de ces fragments d'intestin, on remarque une ou deux plaques gaufrées, saillantes, ovalaires, qui ne sont point ulcérées.

(Professeur Chomel.)

N° 427. — Modèle, procédé Thibert, de la fin de l'intestin grêle ; plaques gaufrées.

Cette représentation est destinée à montrer le gonflement, la saillie des plaques de Peyer et des ganglions.

N° 428. — Modèle, procédé Thibert, des plaques de Peyer en voie de guérison.

Sur cette portion d'intestin grêle, on a représenté un certain nombre de plaques de Peyer de couleur ardoisée, en voie de guérison.

N° 429. — Diverses portions d'intestin grêle ; ulcération des plaques de Peyer.

Toutes ces portions d'intestin appartiennent au même individu ; elles ont été prises sur un jeune homme de 20 ans, qui habitait

Paris depuis cinq ans. Ce jeune homme fut pris tout à coup, sans aucuns prodromes, à la suite d'une vive contrariété, d'une diarrhée très abondante, de maux de tête, de vertiges. Les selles ne tardèrent point à devenir involontaires. Dès le *quatrième jour de la maladie*, M. Chomel put constater l'existence de taches rosées lenticulaires. Ce malade mourut environ au dixième jour de sa fièvre typhoïde.

Les portions d'intestin conservées sont au nombre de neuf, et montrent la progression de la lésion à partir de la valvule de Bauhin. Les portions inférieures appartiennent à la dernière partie de l'intestin grêle, les supérieures au jéjunum. L'on peut voir sur ces pièces, de bas en haut, le développement simultané des plaques gaufrées et réticulées, et la différence qui existe entre elles comme aspect et comme saillie. Les lésions sont d'autant plus prononcées que l'on se rapproche de la valvule iléo-cœcale.

(Professeur Chomel.)

N° 430. — Portion d'intestin grêle; Plaque gaufrée très-développée dans un cas de fièvre typhoïde.

Cette pièce provient d'un jeune homme qui fut pris d'une fièvre typhoïde des mieux caractérisées; il succomba vers le douzième jour.

On constate sur cette pièce, dont on n'a conservé qu'une petite portion d'intestin, les altérations des follicules isolés et des plaques de Peyer. Ces altérations occupaient toute l'étendue de l'intestin grêle, où l'on pouvait compter une vingtaine de plaques de Peyer analogues à celle qui a été conservée. Cette plaque qui a environ 4 millimètres d'épaisseur, sur 5 centimètres de longueur et 3 de largeur, est oblongue. C'était surtout dans les plaques les plus voisines de la valvule iléo-cœcale que les altérations étaient les plus prononcées.

Professeur Rostan.

N° 431. — Portion d'intestin grêle; lésions simultanées de tuberculose et de dothiénenterie.

Cette pièce provient d'un jeune homme de 20 ans, qui a eu une pleurésie, dix mois environ avant sa mort. A la suite de cette pleurésie il n'a point cessé de tousser.

Neuf mois après cette pleurésie, il entra de nouveau à l'hôpital pour une poussée inflammatoire dans son ancien foyer pleurétique. Subitement, le surlendemain de son entrée, il présenta de graves symptômes: délire, incontinence d'urine, ballonnement du ventre,

diarrhée, fièvre intense, épistaxis. Ces symptômes s'aggravèrent de jour en jour Au bout de neuf jours de séjour à l'hôpital, le malade succomba, ayant accusé dans les sept derniers jours tous les symptômes d'une fièvre typhoïde.

A l'autopsie, on trouva une tuberculose miliaire généralisée dans les poumons et dans le péritoine (phtisie aiguë). On constate en outre sur cette portion d'intestin, l'existence d'un grand nombre d'ulcérations, dont quelques-unes, de la largeur d'une pièce d'un franc, sont profondes, à bords taillés à pic. Leur fond granuleux était grisâtre. La muqueuse qui les sépare était fortement congestionnée.

Outre ces ulcérations, on y remarque trois ou quatre *plaques de Peyer dures, saillantes, granuleuses, gaufrées ;* l'une d'elles forme une masse de trois centimètres de long. Au niveau des plaques de Peyer, les petites granulations miliaires tuberculeuses du péritoine, forment sur la séreuse un véritable semis; il en est de même au niveau des ulcérations.

(M. Barié, *Soc. anat.*, 1874, 3e série, t. X, p. 705.)

N° 432. — Portions d'intestin grêle; ulcération des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde.

Cette pièce se compose de deux portions d'intestin grêle qui ont appartenu au même individu; il est mort de fièvre typhoïde.

Sur ces deux portions d'intestin on constate un boursoufflement considérable des plaques de Peyer, qui sont saillantes, mais peu ulcérées. Il existe aussi une altération des follicules isolés.

(Professeur Cruveilhier.)

N° 433. — Portions d'intestin grêle d'individus morts de fièvre typhoïde; ulcérations en voie de cicatrisation.

On a réuni ensemble huit portions d'intestin grêle, d'individus divers, qui sont morts de fièvre typhoïde. Sur toutes ces pièces, les ulcérations de formes variées sont en partie cicatrisées.

Quelques-unes de ces ulcérations sont en étoiles, d'autres sont plates, d'autres saillantes et très-irrégulières. La plus inférieure est circulaire et a rétréci cette portion d'intestin.

(M. Barth, 1841.)

N° 434. — Portion d'intestin grêle; ulcérations suite de fièvre typhoïde.

Portion d'intestin grêle d'un individu mort au dix-septième

jour d'une fièvre typhoïde. Il existe sur cet intestin de larges plaques excavées, au fond desquelles la tunique musculeuse est à nu.

(Professeur Chomel.)

N° 435. — Portion d'intestin grêle; ulcérations suite de fièvre typhoïde.

Cette pièce provient d'un jeune homme qui est mort au dix-huitième jour d'une fièvre typhoïde, à la suite d'une hémorrhagie considérable.

On constate sur différents points de cet intestin, des ulcérations multiples à divers degrés. Sur certains points, les plaques de Peyer sont saillantes, sur d'autres elles sont excavées, et une de ces ulcérations présente à son fond une très petite perforation de l'intestin, qui a donné lieu à un épanchement dans la cavité abdominale et déterminé une péritonite mortelle.

(Professeur Grisolle.)

N° 436. — Portion d'intestin grêle; ulcérations suite de fièvre typhoïde.

Cette portion d'intestin provient d'un homme mort au treizième jour d'une fièvre typhoïde. Il existe sur cette pièce de nombreuses plaques ulcérées et excavées qui, dans certains points, ont mis à nu la tunique musculeuse.

(Professeur Grisolle.)

N° 437. — Représentation, procédé Thibert, d'une anse intestinale; ulcération des plaques de Peyer.

Sur cette représentation d'une portion d'anse intestinale d'un individu qui a succombé à la fièvre typhoïde, on a reproduit une ulcération des plaques de Peyer, avec inflammation chronique et gangrène. Il existe aussi un engorgement des ganglions lymphatiques.

N° 438.— Représentation, procédé Thibert, d'une anse intestinale; ulcération des plaques de Peyer.

Sur cette représentation d'une portion d'anse intestinale d'un individu qui est mort des suites d'une fièvre typhoïde, on a figuré un certain nombre de plaques de Peyer, qui sont ulcérées; les bords en sont taillés à pic.

N° 439. — Diverses portions d'intestin grêle ; ulcérations suite de fièvre typhoïde.

Douze portions diverses d'intestin qui présentent des traces d'ulcération par suite de fièvre typhoïde. De un à dix, en comptant de haut en bas, on voit qu'il existe sur ces pièces des ulcérations intestinales à divers degrés de développement. Sur quelques-unes, la muqueuse est détruite comme avec un emporte-pièce, la tunique musculaire est à nu. Sur d'autres, n^os^ 11 et 12, on constate l'existence d'une perforation. Sur la portion n° 12, la perforation siège au fond d'un diverticulum particulier de l'intestin.

(M. Barth, 1841.)

N° 440. — Diverses portions d'intestin grêle ; ulcérations suite de fièvre typhoïde.

Treize fragments d'intestin grêle pris sur des individus qui sont morts à la suite de fièvre typhoïde ; ces fragments sont destinés à montrer les ulcérations de l'intestin. On en trouve à tous les degrés, depuis la première période jusqu'à celle de cicatrisation.

(M. Barth, 1841.)

N° 441. — Représentation d'une anse intestinale ; ulcération des plaques de Peyer, suite de fièvre typhoïde.

Sur cette représentation d'une portion peu étendue d'intestin grêle, d'un individu qui a succombé à la fièvre typhoïde ; on a figuré l'ulcération d'un certain nombre de plaques de Peyer et la perforation de l'intestin au niveau d'une de ces plaques.

N° 442. — Représentation, procédé Thibert, d'une portion d'intestin grêle ; ulcération et perforation de l'intestin.

N° 443. — Représentation, procédé Thibert, d'une portion d'intestin grêle ; éruption dans le choléra.

Sur cette pièce, on a représenté une portion d'intestin grêle, sur laquelle on a figuré une hypertrophie très-considérable des follicules de l'intestin grêle dans un cas de choléra.

N° 444. — Dernière portion de l'intestin grêle avec le cæcum; éruption cholériforme.

Cette pièce, qui est composée de la dernière portion de l'intestin grêle et du cœcum, a appartenu à un artilleur qui, en 1848, était de garde à l'Hôtel-de-Ville. Cet individu fut pris du choléra et succomba en sept heures.

Toute l'étendue de l'intestin grêle était le siége d'une éruption abondante que l'on retrouve sur la dernière portion de cet intestin. Elle avait pour siège les follicules de l'intestin. Les saillies de ces follicules, du volume d'un grain de millet, étaient très nombreuses.

(Professeur Chomel, 1848.)

N° 445. — Lipôme volumineux de l'intestin grêle, chez un homme de 43 ans.

Cette tumeur, qui provient d'un homme de 43 ans, a été expulsée spontanément par l'anus ; elle a une forme ovoïde et mesure 12 centimètres de hauteur sur 6 de diamètre transversal. La tumeur a été incisée verticalement et la surface de section laisse distinguer un grand nombre de lobules, et on constate que cette tumeur est enveloppée d'une membrane assez résistante. A une des extrémités de cette production morbide, existe un pédicule assez mince et long de 2 à 3 centimètres. L'examen microscopique de cette tumeur, fit voir qu'elle est constituée par un nombre considérable de vésicules adipeuses, avec quelques fibres de tissu conjonctif et des vaisseaux. Il s'agit donc ici d'un lipôme de l'intestin, affection assez rare, qui ne paraît avoir été décrite que par Sangalli et Virchow. (*Voir, pour les détails, l'observation.*)

(M. Castelain, *Bulletin médical du nord de la France*, 1870, p. 81.)

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME QUATRIÈME

Nos des pièces		Pages
	Lésions de l'appareil de la Circulation	
	Généralités, division	1
	CHAPITRE Ier	
	LÉSIONS DU CŒUR, GÉNÉRALITÉS	2
	Art. 1er.— Lésions du péricarde ; généralités.	2
1.	Cœur d'adulte, absence du péricarde	3
2.	Modèle en cire de la pièce précédente	4
2 *a*.	Dessin de la pièce n° 1 d'absence du péricarde	5
2 *b*.	Absence du péricarde	5
3.	Péricardite pseudo-membraneuse	5
4.	Id. id.	6
5.	Id. id.	6
6	Id. id.	6
6 *a*.	Péricardite hémorrhagique	6
7.	Péricardite pseudo-membraneuse	7
8.	Id. id.	7
9.	Id. id.	7
10.	Péricardite purulente	7
11.	Péricardite séreuse	8
12.	Péricardite pseudo-membraneuse	8
13.	Péricardite adhésive	9
14.	Cœur, modèle en cire d'une péricardite	9
15.	Péricardite adhésive	9
16.	Péricardite pseudo-membraneuse	9
17.	Id. id.	10
17 *a*.	Plaque ossiforme crétacée du péricarde	10
17 *b*.	Péricardite pseudo-membraneuse hémorrhagique	10
18.	Péricardite pseudo-membraneuse	11
19.	Péricardite hémorrhagique	11

Nos des pièces		Pages
	Art. 2. — Lésions du cœur ; généralités	11
	Ordre 1er.— Anomalies, solutions de continuité congénitales et traumatiques du cœur. — Généralités	12
20.	Cœur, persistance du trou de Botal	13
21.	Id. id.	13
21 *a.*	Id. id.	13
21 *b.*	Id. id.	13
22 et **23.**	Deux pièces, représentation en cire d'une malformation ventriculaire	14
23 *a.*	Cœur à un seul ventricule et une seule oreillette	15
23 *b.*	Cœur à un seul ventricule	16
23 *c.*	Anomalie d'origine de l'artère sous-clavière	17
24.	Cœur, persistance du trou de Botal	17
25.	Id. id.	18
26.	Id. id.	18
27.	Id. id.	18
28.	Id. id.	18
29.	Id. id.	19
30.	Id. id.	19
31.	Cœur, communication inter-ventriculaire	19
31 *a.*	Modèle en cire de la pièce précédente	20
31 *b.*	Cœur, dilatation considérable du trou de Botal	20
31 *c.*	Cœur, communication inter-ventriculaire	20
31 *d.*	Id. id.	21
32.	Id. id.	21
32 *a.*	Id. id.	21
32 *b.*	Id. id.	21
33.	Cœur, plaie pénétrante	23
34.	Id.	23
35.	Id.	23
36.	Cœur, rupture traumatique du ventricule gauche	24
37.	Cœur, rupture spontanée du ventricule gauche	24
	Ordre 2. — Corps étrangers dans le cœur ; généralités	25
38.	Cœur, épingle de cheveux de femme dans le ventricule gauche	25
	Ordre 3. — Rétrécissement des orifices du cœur; généralités	27
	1er Sous-Ordre. — Rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires	28
39.	Cœur, rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche	28
40.	Id. id. id. id.	29
41.	Id. id. id. id.	29
42.	Id. id. id. id.	29
43.	Id. id. id. id.	29
44.	Id. id. id. id.	29
45.	Id. id. id id.	30
46.	Id. id. id. id.	30

Nos des pièces		Pages
47.	Cœur, rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.	30
48.	Id. id. id. id.	31
48 *a*.	Id. id. id. id.	31
49.	Id. id. id. id.	32
50.	Id. id. id. id.	32
51.	Id. id. id. id.	32
52.	Id. id. id. id.	33
53.	Id. id. id. id.	33
54.	Cœur, rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et aortique, oblitération de l'artère pulmonaire	33
55.	Cœur, rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche	34
56.	Id. id.	34
56 *a*.	Cœur, rétrécissement et insuffisance des valvules mitrales et tricuspides	35
57.	Cœur, rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche	35
58.	Id. id.	36
	2e *Sous-Ordre. — Rétrécissement des orifices artériels, généralités*	36
59.	Cœur, rétrécissement des orifices aortiques	36
60.	Id. id.	37
61.	Id. id.	37
61.	Cœur, endocardite ulcéreuse des valvules de l'aorte	38
63.	Cœur, endocardite ulcéreuse de la valvule mitrale	38
64.	Valvules aortiques, dépôts crétacés.	39
65.	Id. id.	39
66.	Cœur, altération crétacée des valvules de l'aorte	39
67.	Cœur, endocardite ulcéreuse des valvules de l'aorte.	39
68.	Id. id.	40
69.	Id. id.	40
70.	Id. id.	40
71.	Id. id.	41
72.	Cœur, altération crétacée des valvules sigmoïdes de l'aorte . .	41
73.	Cœur, altération fibreuse des valvules de l'aorte	41
74.	Cœur, rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire. . . .	41
75.	Id. id.	41
76.	Id. id.	42
77.	Cœur, rétrécissement des trois orifices, aortique, auriculo-ventriculaire droit et gauche	42
78.	Cœur, rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire . . .	42
79.	Cœur, oblitération presque complète de l'artère pulmonaire. .	43
80.	Cœur, rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire . . .	46
	Ordre 4. — Dilatation partielle du cœur, anévrysmes, généralités	46
81.	Cœur, anévrysme vrai et partiel de la pointe du ventricule gauche	47
82.	Modèle en cire de la pièce précédente.	47
83	Second modèle en cire de la pièce n° 81.	47

Nos des pièces — Pages

84. Cœur, anévrysme vrai et partiel, de la pointe du ventricule gauche. 47
85. Id. id. . 48
86. Id. id. . 48
87. Cœur, modèle en cire d'un anévrysme partiel et par rupture du ventricule gauche 49
88. Cœur, modèle en cire d'un anévrysme partiel et par rupture du ventricule gauche 49
89. Cœur, anévrysmes partiels du ventricule gauche. 49
90. Cœur, anévrysme vrai et partiel de la partie latérale du ventricule gauche. 50
91. Cœur, anévrysme par rupture de la pointe du ventricule gauche. 50
92. Cœur, anévrysme vrai et double du ventricule gauche 50
93. Cœur, anévrysme faux ou par rupture de la base du ventricule gauche 52
94. Modèle en cire de la pièce précédente 52
95. Cœur, anévrysme de la valvule mitrale 53
96. Cœur, anévrysme faux et partiel de l'oreillette gauche 53
97. Cœur, dilatation anévrysmale de l'oreillette gauche avec caillot. 53

Ordre 5. — Hypertrophie du cœur avec dilatation des cavités, sans lésions valvulaires ; généralités. 54

98. Cœur hypertrophie avec dilatation considérable de l'oreillette et du ventricule gauche, sans lésion valvulaire. 55
99. Cœur, dilatation des cavités droites avec hypertrophie des parois. 55
100. Cœur, hypertrophie avec dilatation des parois, adhérence des deux feuillets du péricarde 55
101 Cœur, hypertrophie avec dilatation des parois des quatre cavités. 56
102. Cœur, hypertrophie excentrique du ventricule gauche 56
103. Cœur, hypertrophie du ventricule gauche. 56
104. Cœur, anévrysme passif 57
105. Dilatation considérable du ventricule gauche 57
106. Cœur, atrophie. 57

Ordre 6. — Kystes et polypes du cœur ; généralités. . . . 57

107. Cœur, kyste des parois du ventricule gauche 58
108. Cœur, kyste hydatique de la cloison inter-ventriculaire . . . 58
109. Cœur, polype fibreux du cœur 59
110. Id. id. 60
111. Cœur, concrétions fibrineuses des ventricules du cœur. . . . 61
112. Id. id. 61

Ordre 7 — Gangrènes, tubercules et cancers du cœur ; généralités 61

113. Cœur, oblitération de l'artère coronaire postérieure par un caillot 62
114. Cœur, masse tuberculeuse développée entre l'aorte et l'artère pulmonaire 62
115. Cancer du cœur. 62

Nos des pièces		Pages
116.	Cancer du cœur.	63
117.	Id.	64
118.	Id.	64
119.	Id.	64
120.	Id.	64

CHAPITRE II.

LÉSIONS DES ARTÈRES, GÉNÉRALITÉS.

Art 1er.—Expériences sur les ligatures faites sur les animaux 66

121. Artère carotide d'un mouton, section en travers, mort au bout de deux minutes 66
122. Artère carotide d'un mouton, section en travers, mort au bout d'une minute et demie 67
123. Ligature de la carotide d'un cheval, mort quatre jours après. 67
124. Ligature de la carotide d'un chien, mort six jours après . . 68
125. Id. id. id. . . 69
126. Id. id. id. . . 69
127. Id. id. id. . . 69
128. Ligature de l'artère fémorale d'un chien 70
129. Ligature de la fémorale d'un chien, mort onze jours après. . 70
130. Id. id. id. . . 71
131. Ligature de la fémorale d'un chien, mort quatorze jours après. 71
132. Id. id. id. . 72
133. Ligature de la carotide d'un chien qui a été sacrifié dix-huit jours après. 72
134. Ligature de la carotide d'un chien qui a été sacrifié vingt-neuf jours après 72
135. Ligature de l'artère fémorale d'un chien qui a été sacrifié trente-trois jours après. 73
136. Ligature de l'artère fémorale d'un chien qui a été sacrifié quarante jours après. 73
137 Ligature de l'artère carotide d'un chien qui a été sacrifié cinquante-deux jours après 74
138. Ligature de la carotide d'un chien qui est mort soixante-deux jours après. 74
139. Ligature de l'artère fémorale d'un chien, qui est mort cent vingt-deux jours après 75
140. Ligature de l'artère fémorale d'un chien, qui est mort cent vingt-deux jours après 75
141. Ligature de la carotide d'un chien, mort quatre mois après . 76
142. Id. id. id. . 76

Art. 2. – Ligatures et ruptures des artères chez l'homme; généralités 77

143. Ligature de l'artère fémorale, mort neuf heures après. . . . 77
144. Ligature de l'artère fémorale, mort vingt neuf heures après. 78
145. Ligature de l'artère tibio-péronière, mort trente-huit heures après 79

Nos des pièces — Pages

146. Ligature de l'artère tibio-péronière, mort trois jours après. . 79
147. Ligature de l'artère fémorale profonde, mort quatre jours après 79
148. Ligature de l'artère humérale, mort cinq jours après 80
149. Ligature de l'artère fémorale, mort sept jours après 81
150. Ligature de l'artère fémorale, mort huit jours après 81
151. Ligature du tronc tibio-péronier, mort neuf jours après . . . 82
152. Ligature de l'artère fémorale, mort onze jours après 82
153. Ligature de la carotide, mort treize jours après. 82
154. Plaie de l'artère intercostale, hémorrhagie, mort. 83
155. Ligature de la carotide primitive 85
156. Ulcération de la carotide dans un foyer purulent 85
157 Id. id. 86
158. Ligature de la carotide primitive 86
159. Ligature de la fémorale, mort seize jours après 87
160. Ligature de l'humérale, mort seize jours après 87
161. Ligature du tronc tibio-péronier, mort dix-neuf jours après . 88
162. Ligature de l'artère fémorale, mort vingt et un jours après . 88
163. Ligature de l'artère humérale, mort trente-six jours après . . 89
164. Ligature de l'artère fémorale, mort trente-sept jours après . 89
165. Ligature de l'artère humérale, mort cinquante-deux jours après. 90
166. Artère humérale, rupture des membranes, interne et moyenne. 91
167. Artère fémorale, rupture par le passage d'une roue 91
168. Ligature de l'artère fémorale, mort cinq mois après 91
169. Légature de l'artère axillaire, mort dix-huit mois après. . . 92

Art. 3. — Artérite ombilicale chez les enfants, généralités 92

170. Artérite ombilicale. 92
171. Id. 93
172. Id. 93
172 *a*. Id 94

Art. 4. — Rupture, rétrécissement et oblitération de l'aorte et de l'artère pulmonaire 94

173. Plaie de l'aorte par une balle 95
174. Rupture de l'aorte 95
175. Rétrécissement de l'aorte 95
176. Oblitération de l'aorte abdominale 96
177. Id. id. 96
178. Id. id. 97
179. Id. id. 98
180. Id. id. 99
181. Id. id. 99
182. Oblitération de l'artère pulmonaire 99
183. Embolie de l'artère pulmonaire. 100
184. Caillot embolique de l'artère pulmonaire. 101

Art. 5. — Plaques athéromateuses et dilatations de l'artère aorte; généralités. 101

185. Plaques athéromateuses de l'aorte 102

Nos des pièces		Pages
186.	Plaques ostéo-calcaires de l'aorte	102
187.	Id. id.	102
188.	Id. id.	102
189.	Id. id.	103
190.	Id. id.	103
191.	Caillot adhérent à l'aorte	103
192.	Ulcération de l'artère fémorale par une plaque calcaire	103
193.	Rétrécissement de l'aorte	104
194.	Perforation d'une valvule sigmoïde de l'aorte	105
195.	Dilatation de l'aorte avec hypertrophie du ventricule gauche.	105
196.	Dilatation de la crosse de l'aorte	105
197.	Id. id.	105
198.	Id. id.	106
199.	Id. id.	106
200.	Id. id.	106
201.	Id. id.	106
202.	Id. id.	106
203.	Id. id.	107
204.	Id. id.	107
205.	Id. id.	107
206.	Id. id.	107
207.	Dilatation de l'aorte	108
208.	Id.	108
209.	Dilatation de la crosse de l'aorte	108
210.	Dilatation de l'aorte	108
211.	Id.	109

Art. 6. — Anévrysmes de la crosse de l'aorte; généralités 109

212.	Dilatation anévrysmale de la crosse de l'aorte	111
213.	Id. id. id.	111
214.	Id. id. id.	111
215.	Id. id. id.	112
216.	Id. id. id.	112
217.	Id. id. id.	113
218.	Anévrysme disséquant de la crosse de l'aorte	113
219.	Dilatation de la crosse de l'aorte, anévrysme disséquant.	113
220.	Anévrysme disséquant de la crosse de l'aorte.	114
221.	Anévrysme disséquant et latéral de la crosse de l'aorte	116
222.	Dessin de l'anévrysme précédent	118
223.	Id. id.	118
224.	Anévrysme disséquant de la crosse de l'aorte.	118
225.	Anévrysme kysteux, térébrant de la crosse de l'aorte	118
226.	Dilatation de la crosse de l'aorte qui s'est perforée à sa partie inférieure	119
227.	Anévrysme kysteux, et par rupture de la crosse de l'aorte	119
228.	Id. id. id.	119
229.	Dilatation de la crosse de l'aorte avec anévrysme sacciforme	120
230.	Dilatation de la crosse de l'aorte avec tumeur anévrysmale volumineuse	120

Nos des pièces		Pages
231.	Dilatation de la crosse de l'aorte avec tumeur anévrysmale volumineuse	120
232.	Anévrysme par dilatation de l'aorte et du tronc brachio-céphalique	121
233.	Anévrysme sacciforme de la crosse de l'aorte	121
234.	Anévrysme de la crosse de l'aorte, perforation du sternum	122
235.	Anévrysme de la crosse de l'aorte	122
236.	Id. id.	122
237.	Portion de sternum qui a été perforée par un anévrysme.	123
238.	Anévrysme de la crosse de l'aorte	123
239.	Id. id.	123
240.	Id. id.	123
241.	Id. id.	124
242.	Id. id.	124
243	Id. id.	125
244.	Id. id.	125
245.	Id. id.	126
246.	Id. id.	126
247.	Id. id.	126
248.	Id. id.	126
249.	Id. id.	127
250.	Id. id.	128
251.	Id. id.	128
252.	Id. id.	128
253.	Id. id.	129
254.	Id. id.	129
255.	Id. id.	129
256.	Id. id.	129
257.	Id. id.	129
258.	Anévrysme kysteux de l'aorte	130
	Art. 7. — Anévrysmes de la portion thoracique de l'artère aorte; généralités	130
259.	Anévrysme de l'aorte thoracique	131
260.	Id. id.	131
261.	Id. id.	131
262.	Id. id.	132
263.	Id. id.	132
264.	Id. id.	132
265.	Id. id.	132
266.	Portion de colonne vertébrale, destruction des vertèbres par un anévrysme	133
267.	Anévrysme sacciforme de l'aorte thoracique	133
268.	Anévrysme de l'aorte thoracique	134
269.	Id. id.	134
270.	Id. id.	135
271.	Id. id.	135
	Art. 8. — Anévrysmes kysteux de la crosse de l'aorte ou de l'aorte thoracique qui s'ouvrent dans une cavité normale	136
272.	Anévrysme kysteux de l'aorte, faisant saillie dans le ventricule	137

Nos des pièces — Pages

273. Anévrysme kysteux de l'aorte, faisant saillie dans le ventricule droit . . . 137
274. Anévrysme kysteux de l'aorte qui s'est ouvert dans l'oreillette gauche . . . 137
275. Anévrysme kysteux de l'aorte qui s'est ouvert dans l'oreillette gauche . . . 138
276. Anévrysme kysteux de l'aorte faisant saillie dans l'artère pulmonaire . . . 138
277. Anévrysme kysteux de l'aorte faisant saille dans l'artère pulmonaire . . . 138
278. Anévrysme kysteux de l'aorte qui s'est ouvert dans la trachée-artère . . . 138
279. Anévrysme kysteux de l'aorte qui s'est ouvert dans la trachée-artère . . . 139
280. Anévrysme kysteux de l'aorte qui s'est ouvert dans la trachée-artère . . . 139
281. Anévrysme kysteux de l'aorte qui s'est ouvert dans la trachée-artère . . . 139
282. Anévrysme kysteux de l'aorte qui s'est ouvert dans la trachée-artère . . . 140
283. Anévrysme kysteux de l'aorte qui s'est ouvert dans la trachée-artère . . . 141
284. Anévrysme kysteux de l'aorte qui s'est ouvert dans une bronche 141
285. Id. id. id. id. 141
286. Id. id. id. id. 142
287. Id. id. id. id. 142
288. Anévrysme de l'aorte qui s'est ouverte dans le poumon . . . 142
289. Anévrysme de l'aorte qui s'est ouvert sous la plèvre 143
290. Id. id. id. 143
290 *a*. Id. id. id. 143
291. Anévrysme de l'aorte qui s'est ouvert dans une bronche . . . 144
292. Anévrysme de l'aorte qui s'est ouvert dans l'œsophage . . . 144
293. Anévrysme de l'aorte qui s'est ouvert dans le canal rachidien 145
294. Id. id. id. id. 145

Art. 9. — Anévrysmes doubles de la crosse de l'aorte, ou à la fois de l'aorte thoracique et abdominale ; généralités. 146

295. Anévrysme double de la crosse de l'aorte 146
295 *a*. Anévrysmes multiples de la crosse de l'aorte 146
296. Anévrysme double de la crosse de l'aorte 147
297. Id. id. 147
298. Id. id. 148
299. Id. id. 148
300. Id. id. 148

Art. 10. — Anévrysmes de l'aorte abdominale; généralités 149

301. Dilatation circonférentielle de l'aorte abdominale 149
302. Anévrysme par dilatation de l'aorte abdominale 149
303. Id . . . . . 1)

Nos des pièces		Pages
304.	Tumeur sanguine	150
305.	Anévrysme par dilatation de l'aorte abdominale	150
306.	Id. id. id.	151
307.	Anévrysme kysteux de l'aorte abdominale	151
308.	Anévrysme latéral et par rupture de l'aorte abdominale	151
309.	Id. id. id.	152
310.	Anévrysme de l'aorte abdominale	152
311.	Id. id.	152
312.	Anévrysme de l'aorte d'un cheval	153
	Art. 11. — Anévrysmes des artères viscérales de l'abdomen, du cerveau et des membres; généralités	153
313.	Anévrysme de l'artère mésentérique supérieure	154
314.	Anévrysme kysteux de l'artère gastro-épiploïque droite	154
315.	Anévrysme de l'artère splénique	155
316.	Id. id.	155
317.	Anévrysme du tronc de l'artère basilaire	155
318.	Anévrysme de l'artère vertébrale gauche	156
319.	Dilatation anévrysmale du tronc brachio-céphalique	156
320.	Id. id. id.	157
321.	Anévrysme de l'artère mésentérique supérieure	157
322.	Dessin de la pièce précédente	158
322 *a*.	Anévrysme de l'iliaque primitive et de l'hypogastrique gauche	158
322 *b*.	Anévrysme de l'hypogastrique droite	158
323.	Anévrysme de l'artère sous-clavière gauche	159
324.	Id. id. id.	159
325.	Anévrysme cirsoïde des artères cubitales et radiales	159
325 *a*.	Anévrysme faux de l'artère radiale	160
326.	Ligature de l'artère fémorale, rétablissement de la circulation	160
327.	id. id. id. id.	161
328.	Anévrysme de l'artère poplitée	161
329.	Id. id.	162
330.	Id. id.	162
331.	Id. id.	162
332.	Id. id.	163
333.	Id. id.	163
334.	Anévrysme du tronc tibio péronier	164
335.	Anévrysme de l'artère poplitée	164
336.	Id. id.	165
	Art. 12. — Anévrysmes artérioso-veineux; généralités	166
337.	Anévrysme artérioso-veineux de l'artère auriculaire postérieure	166
338.	Anévrysme artérioso-veineux traumatique entre la carotide interne et le sinus caverneux	166
339.	Anévrysme artérioso-veineux traumatique entre la carotide interne et le sinus caverneux	168
340.	Anévrysme artérioso-veineux de l'artère et de la veine humérale	169
341.	Id. id. id. id.	169
342.	Tumeur cancéreuse qui entoure l'aorte	171
343.	Atrophie de l'iliaque primitive droite dans un cas d'atrophie musculaire graisseuse	172

Nos des pièces — Pages

CHAPITRE III.

LÉSIONS DES VEINES ; GÉNÉRALITÉS 173

344. Varices du membre supérieur droit. 173
345. Id. id. 174
346. Varices du membre inférieur injectées 174
347. Varices superficielles de la jambe et de la cuisse. 174
348. Varices du membre inférieur. 174
349. Id. id. 175
350. Id. id. 175
351. Id. id. 175
352. Id. id. 175
353. Id. id. 176
354. Id. id. 176
355. Id. id. 176
356. Varices profondes de la jambe. 176
357. Varices du membre inférieur. 177
358. Manque . . . . . .
359. Phlébite de la veine fémorale après amputation. 177
360. Id. id. 177
361. Phlébolithe des veines du ligament large. 178
362. Phlébolithe des veines de la prostate 178
363. Phlébolithe. 178
364. Plaie de la veine fémorale par une balle. 178
365. Tumeur polypiforme de la veine cave supérieure. 179

CHAPITRE IV.

LÉSIONS DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES ; GÉNÉRALITÉS 180

366. Compression de la veine cave et du canal thoracique par une tumeur ganglionnaire. 180
367. Hypertrophie d'un ganglion lymphatique sous-maxillaire. . . 181
368. Bubons pestilentiels. 181
369. Altération graisseuse des ganglions lymphatiques 182
370. Altération circuse des ganglions. 182
371. Injection du canal thoracique par du suc cancéreux. 183
372. Cancer des ganglions mésentériques du cheval. 183
373. Sarcome mélanique des ganglions de l'aisselle. 183
374. Tumeur érectile probable du bassin. 184
375. Dilation variqueuse des ganglions lymphatiques de l'aine. . . 184
376. Id. id. id. . . . 185
377. Id. id. id. . . . 185
378. Peau de la paroi abdominale, dérivation par les réseaux sous-épidermiques 186

Nos des pièces — Pages

Lésions de l'appareil de la digestion et de ses glandes, annexes 187

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX ; GÉNÉRALITÉS 188

Art. 1er. — Divisions de la lèvre supérieure, de la voûte palatine et du voile du palais ; généralités 188

1. Bec-de-lièvre gauche s'étendant à la voûte palatine 189
2. Absence de la moitié gauche de la lèvre supérieure 190
3. Bec-de-lièvre avec division de la voûte palatine 190
3 *a*. Id. id. 190
4. Id. id. 190
5. Bec-de-lièvre gauche avec division de la voûte palatine . . . 191
6. Id. id. 192
7. Bec-de-lièvre double avec division de la voûte palatine 192
8. Bec-de-lièvre précédent, résultat après l'opération 192
9. Bec-de-lièvre double avec tubercule médian 192
10. Id. id. 193
11. Bec-de-lièvre double, résultat après opération 193
12. Bec-de-lièvre double, tubercule médian, cutané et osseux . . . 193
13. Id. id. . . 193
14. Id. id. . . 194
15. Id. id. . . 194
16. Bec-de-lièvre double, tubercule médian et division de la voûte palatine 195
17. Id. id. . . 195
18. Id. id. . . 196
19. Id. id. . . 196
20. Bec-de-lièvre double, modèle en plâtre 196
21. Division de la partie postérieure de la voûte palatine 197
22. Division du voile du palais de la partie postérieure de la voûte palatine 197
23. Division de la voûte palatine sans bec-de-lièvre 197
24. Division de la voûte palatine et du voile du palais 198
25. Perforation de la voûte palatine suite d'affection vénérienne . 198

Art. 2. — Tumeurs diverses des lèvres, des amygdales, du voile du palais, de la parotide, de la glande sous-maxillaire et de la langue ; généralités 198

26. Amygdales hypertrophiées 199
27. Calcul de Warthon 199
27 *a*. Calcul salivaire 199
27 *b*. Calcul de Warthon 200
28. Langue, type d'hypertrophie de langue noire 200
29. Kyste dermoïde du plancher de la bouche 200
30. Cancroïde végétant des lèvres 201
31. Id. 201

Nos des pièces		Pages
32.	Enchondrôme de la parotide.	202
33.	Id.	202
34.	Id.	202
35.	Enchondrôme de la glande sous-maxillaire	202
36.	Enchondrôme volumineux de la parotide	202
37.	Id.	203
38.	Enchondrôme volumineux de la parotide	203
39.	Id.	203
40.	Id.	204
41.	Id.	204
42.	Tumeur glandulaire du voile du palais.	204
43.	Myxôme lipomateux du voile du palais.	205
44.	Sarcome du voile du palais	206
45.	Kyste du cou à cils vibratiles.	207
	Art. 3. — Affections des dents, du rebord alvéolaire qui les supporte, ainsi que de quelques lésions du maxillaire inférieur; généralités	208
46.	Deux séries de dents, atrophie des dents.	208
47.	Série de six dents, ossification du périoste alvéolo-dentaire. .	209
48.	Série de quatre dents, aspérités de l'extrémité de la racine . .	209
49.	Série de neuf dents, usure de la racine avec formation de kystes	209
50.	Série de cinq dents, taches brunes de l'émail.	210
51.	Id.	210
52.	Id.	210
53.	Id.	210
54.	Série de cinq dents, taches jaune du collet	211
55.	Série de huit dents de lait, cariées à la couronne ou au collet .	211
56.	Série de sept dents, usure de la couronne	211
57.	Id.	211
58.	Série de huit dents de la première dentition	212
59.	Série de six dents tombées sans trace de carie	212
60.	Série de sept grosses molaires dans la cavité desquelles sont développées de petites productions osseuses.	212
61.	Modèle en plomb d'une exostose développée sur la racine d'une dent de sagesse.	212
62.	Tableau contenant des anomalies et des lésions pathologiques de diverses dents	212
63.	Dent canine située dans la moitié gauche de la voûte palatine.	213
64.	Petite molaire développée dans le maxillaire inférieur gauche .	213
65.	Maxillaire inférieur, dent molaire développée parallellement au bord alvéolaire	213
66.	Maxillaire inférieur carié.	213
67.	Carie de l'apophyse coronoïde.	214
68.	Carie du bord inférieur du maxillaire inférieur	214
69.	Carie située à la moitié gauche du maxillaire inférieur	214
70.	Carie de la base de l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur	214
71.	Altération du condyle du maxillaire inférieur gauche	214
72.	Carie profonde de la moitié gauche du maxillaire inférieur . .	215
73.	Exostose volumineuse du maxillaire inférieur.	215

N° des pièces — Pages

CHAPITRE II.

LÉSIONS DE L'ŒSOPHAGE ; GÉNÉRALITÉS 216

74. Interruption complète de l'œsophage à sa partie moyenne. . . 217
75. Id. id. . . . 218
76. Fausse membrane de l'œsophage. 219
77. Rétrécissement de l'œsophage consécutif à un empoisonnement par l'acide nitrique 219
78. Rétrécissement de l'œsophage consécutif à une injection d'eau de javelle 220
79. Rétrécissement de l'œsophage par suite d'empoisonnement par l'acide nitrique. 220
80. Rétrécissement de l'œsophage par ingestion d'une solution de potasse. 221
81. Rétrécissement de l'œsophage. 221
82. Corps étranger du pharynx 222
83. Corps étranger arrêté à la partie supérieure de l'œsophage. . 222
84. Corps étranger osseux arrêté dans l'œsophage 223
85. Corps étranger de l'œsophage, ulcération de l'aorte. 224
86. Id. id. 224
87. Corps étranger de la partie supérieure de l'œsophage. 225
88. Corps étranger de l'œsophage sans obstruction de ce conduit. 226
89. Corps étranger de l'œsophage, perforation d'une branche de l'artère thyroïdienne inférieure. 227
90. Petite croix extraite de l'œsophage 228
91. Perforation de l'œsophage 228
92. Rétrécissement de l'œsophage par un sarcome 229
93. Rétrécissement fibreux de la partie supérieure de l'œsophage 229
94. Tumeur cancéreuse du cou qui est venue faire saillie dans le pharynx. 230
95. Cancer de l'œsophage 231
96. Id. 231
97. Id. 232
98. Id. 232
99. Id. 233
100. Id. 233
101. Id. 233

CHAPITRE III.

LÉSIONS DE L'ESTOMAC ; GÉNÉRALITÉS 234

Art. 1er. — Anomalies de forme et lésions traumatiques de l'estomac; généralités 235

102. Modèle en cire d'un estomac bilobé. 235
103. Id. id. 236
104. Fistule de l'estomac 236
105. Modèle en cire de la pièce précédente 237

Nos des pièces		Pages
106.	Modèle en cire de la pièce précédente	237
107.	Modèle en cire d'un estomac, pustule maligne	238
108.	Taches noires de la face interne de l'estomac chez un individu qui est mort de pustule maligne.	238
	Art. 2. — Ulcères simples ou chronique de l'estomac; généralités	240
109.	Ulcère simple, chronique de l'estomac	241
110.	Id. id.	241
111.	Id. id.	241
112.	Ulcère simple de l'estomac, ulcération de l'artère splénique	241
113.	Ulcère simple chronique de l'estomac	242
114.	Id. id.	242
115.	Id. id.	243
116.	Id. id.	243
117.	Id. id.	243
118.	Ulcere simple de la petite courbure de l'estomac en voie de cicatrisation	244
119.	Ulcère simple de la petite courbure de l'estomac en voie de cicatrisation.	244
120.	Ulcère simple chronique de l'estomac cicatrisé	244
121.	Id. id.	245
122.	Id. id	245
123.	Id id.	245
124.	Ulcère simple chronique de l'estomac, hémorrhagie de l'artère coronaire	245
125.	Ulcère simple chronique de l'estomac, hémorrhagie de l'artère coronaire.	246
126	Ulcère simple chronique de l'estomac, hémorrhagie par l'artère splénique	246
127.	Ulcère simple chronique de l'estomac cicatrisé	247
128.	Id id.	247
129.	Ulcères simples multiples de l'estomac cicatrisés	248
	Art. 3. — Polypes de l'estomac; généralités	249
130.	Végétations polypiformes, multiples de l'estomac	250
131.	Id. id.	250
132.	Polype de l'estomac qui s'engageait dens l'orifice pylorique.	250
133.	Polype muqueux de l'estomac.	251
134.	Végétations papilliformes de l'estomac	251
135.	Polype volumineux de l'estomac qui s'engageait dans le duodénum	251
136.	Id. id. id.	252
137.	Id. id. id	252
138.	Tumeur fibreuse située derriere l'estomac.	253
139	Tumeur fibro-calcaire située derrière l'estomac	253
	Art. 4. — Lésions de l'estomac, suite d'inflammation; généralités	253
140.	Hypertrophie des tuniques de l'estomac.	254
141.	Infiltration purulente sous-muqueuse de l'estomac.	254

Nos des pièces		Pages
142.	Hémorrhagies partielles de l'estomac.	254
143.	Id. id.	254
144.	Hémorrhagie scorbutique de l'estomac	254
145.	Inflammation de la muqueuse de l'estomac	255
146.	Id. id.	255
	Art. 6. — Lésions de l'estomac, suite d'empoisonnement; généralités	256
147.	Estomac, empoisonnement par le cyanure de mercure. . . .	256
148	Estomac, empoisonnement par le deuto-chlorure de mercure.	256
149.	Estomac, empoisonnement par l'acide nitrique.	256
150.	Estomac, empoisonnement par l'acide sulfurique	256
151.	Estomac, empoisonnement par le phosphore	257
152.	Estomac, empoisonnement par l'acide sulfurique	257
152 *a*.	Id. id.	258
	Art. 7. — Corps étrangers de l'estomac; généralités. . .	259
153.	Fourchette en fer qui a été extraite de l'estomac d'un jongleur.	259
153 *a*.	Dessin d'une fourchette qui a été extraite de l'estomac . .	260
	Art. 7. — Lésions cancéreuses de l'estomac; généralités.	262
154	Hypertrophie de l'orifice pylorique	262
155	Cancer de l'estomac	263
156.	Id	263
157	Cancer de l'orifice cardiaque de l'estomac.	263
158.	Cancer de la face postérieure de l'estomac	263
159	Cancer de l'estomac	264
160.	Id	264
161	Cancer de l'orifice pylorique de l'estomac.	264
162.	Cancer de l'estomac	264
163	Cancer de la petite courbure de l'estomac	265
164.	Id. id.	265
165.	Id id.	265
166.	Id. id.	265
167.	Cancer de la face postérieure de l'estomac	265
168.	Cancer du pylore	266
169.	Id.	267
170.	Id.	268
171	Id.	268
172.	Cancer du pylore.	267
173.	Id.	267
174.	Cancer colloïde de l'estomac	267
175.	Id. id.	267
176.	Id. Id.	268
177.	Id. id.	268
178.	Id. id.	268
179.	Id. id.	269
180.	Id. id.	270
181.	Id. id.	270

Nos des pièces — Pages

CHAPITRE IV.

LÉSIONS DE L'INTESTIN, GÉNÉRALITÉS 271

Art. 1er. — Lésions de l'intestin grêle ; généralités . . . 271

Ordre 1er. — Plaies de l'intestin grêle avec ou sans sutures ; généralités. 272

182. Blessure d'une branche de l'artère mésentérique 272
183. Invagination de l'intestin grêle sur un chien ; suture, adhésion 273
184. Section de l'intestin d'un chien ; suture par adossement des séreuses 273
185. Section de l'intestin d'un chien, suture par adossement des séreuses 273
186. Section de l'intestin d'un chien ; suture par adossement des séreuses 273
187. Section de l'intestin d'un chien, suture par adossement des séreuses 274
188. Suture de l'estomac d'un chien, par adossement des séreuses 274
189. Communication entre le jéjunum et le côlon descendant . . . 274
190. Communication anormale entre deux anses de l'iléon 275
191. Rupture de l'intestin, consécutive à un coup de pied dans une hernie 275
192. Rupture de l'intestin dans l'abdomen, à la suite d'une violence extérieure 277

Ordre 2. — Invagination de l'intestin ; généralités. 277

193. Invagination de l'intestin grêle 278
194. Id. id. 278
195. Id. id. 279
196. Portion d'intestin grêle expulsée à la suite d'une invagination 280
197. Portion d'intestin grêle ; invagination 281
198. Modèle en cire d'une invagination double du gros intestin. . 281
199. Invagination de la totalité du gros intestin 281
200. Tumeur abdominale, coiffée par l'intestin et sortie par l'anus 282
201. Portion d'intestin de la pièce précédente 283

Ordre 3. — Hernies ; généralités 283

1er Sous-Ordre. — Hernies tuniquaires. 284

202. Hernie tuniquaire de la muqueuse de l'œsophage 284
203. Hernies tuniquaires du gros intestin 285

2me Sous-Ordre. — Hernies diaphragmatiques ; généralités. 285

204. Rupture traumatique du diaphragme ; hernie du foie 286
205. Fœtus ; hernie diaphragmatique gauche, sans sac 286
206. Fœtus ; hernie diaphragmatique droite, sans sac 287
207. Fœtus ; hernie diaphragmatique gauche, sans sac 287
208. Hernie diaphragmatique gauche, avec sac 287
209. Id. id. 288

Nos des pièces — Pages

3me *Sous-Ordre. — Hernies ombilicales; généralités* 288

1re *variété. — Hernies ombilicales par éventration abdominale; généralités*. 288

240. Modèle en plâtre d'une éventration abdominale. 292
241. Fœtus; hernie ombilicale. 292
242. Id. id. 293
243. Id. id. 293
244. Id. id. 293
245. Id. id. 294
246. Fœtus ; éventration abdominale. 295
247. Id. id. 295
248. Id. id. 296
249. Id. id. 297
250. Id. id. 297
251. Fœtus; éventration abdominale avec fissure thoracique . . . 298
252. Fœtus; éventration abdominale avec adhérence du placenta aux méninges. 298
253. Fœtus ; éventration abdominale avec adhérences du placenta aux méninges 299
254. Fœtus ; éventration abdominale 301
255. Id. id. 301

2me *variété. — Hernies ombilicales de l'adulte ; généralités.* 302

256. Hernie ombilicale 302
257. Id. 302
258. Id. 302
259. Hernie sous-ombilicale 303
260. Hernie d'un diverticulum de l'intestin, par l'ombilic 303

4e *Sous-Ordre, Hernies inguinales; généralités*. 304

261. Modèle en cire d'une hernie inguinale droite 304
262. Hernie inguinale, interne double 304
263. Hernie inguinale droite ; à gauche elle est double 305
264. Hernie inguinale externe 305
265. Hernie inguinale intra-pariétale 306
266. Hernie inguinale congénitale 307
267. Hernie de l'appendice iléo-cœcal. 308
268. Hernie de l'ovaire 308
269. Hernie des deux ovaires et de l'utérus 308
270 Hernie inguinale directe, double. 308
271. Hernie inguinale interne ou directe du côté gauche 308
272. Hernie inguinale interne du côté droit 309

5e *Sous-Ordre, hernies crurales; généralites*.. 309

273. Hernie crurale droite. 309
274. Hernie crurale gauche 309
275. Hernie crurale étranglée à travers le ligament de Gimbernat. 310

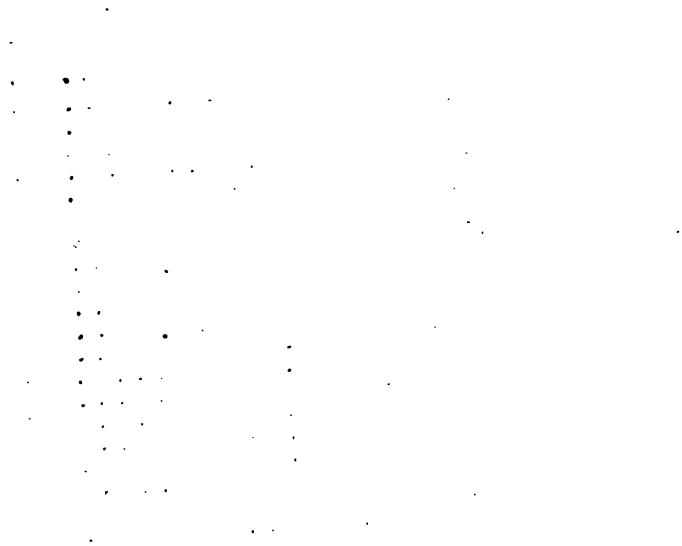
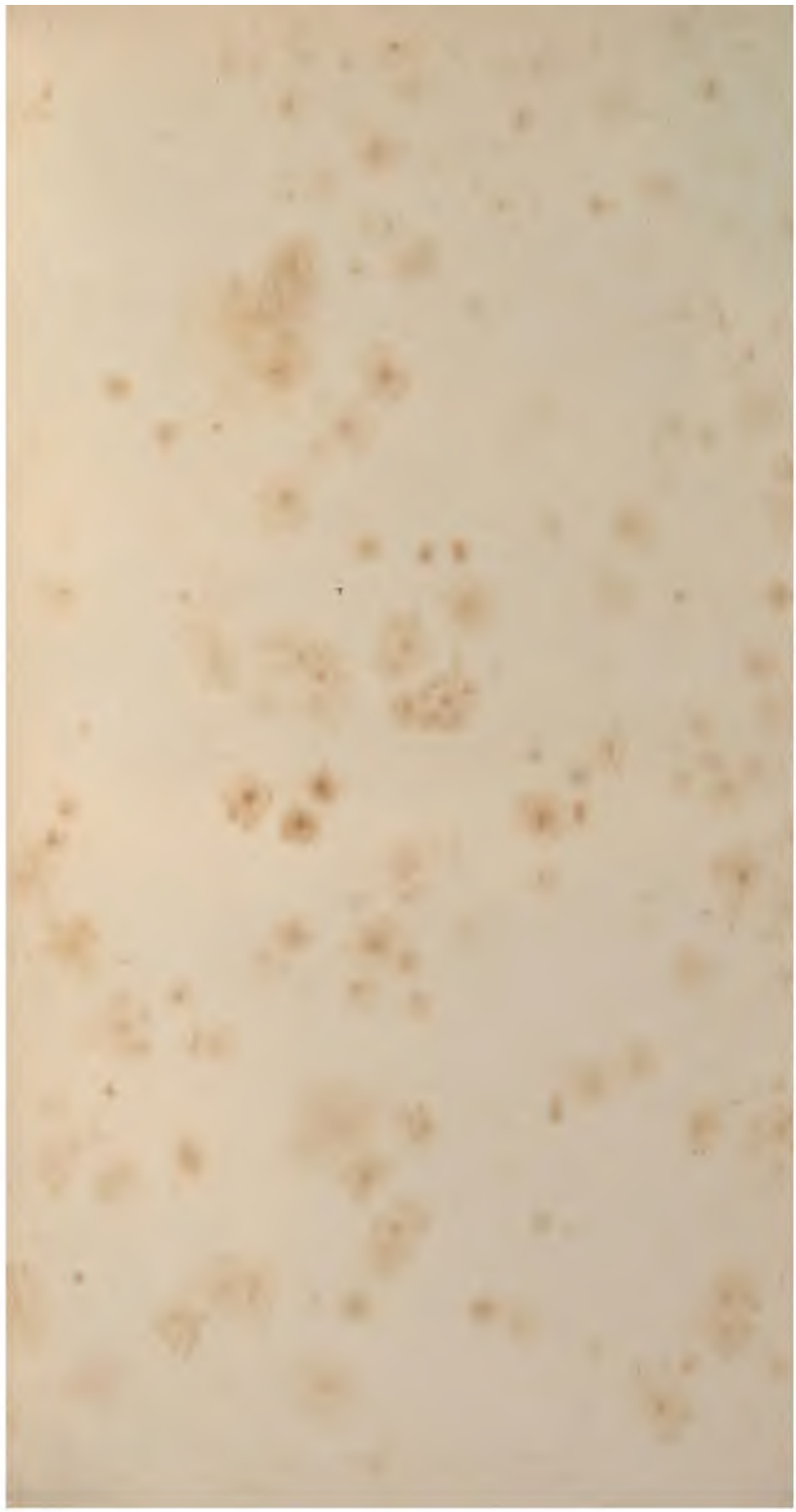
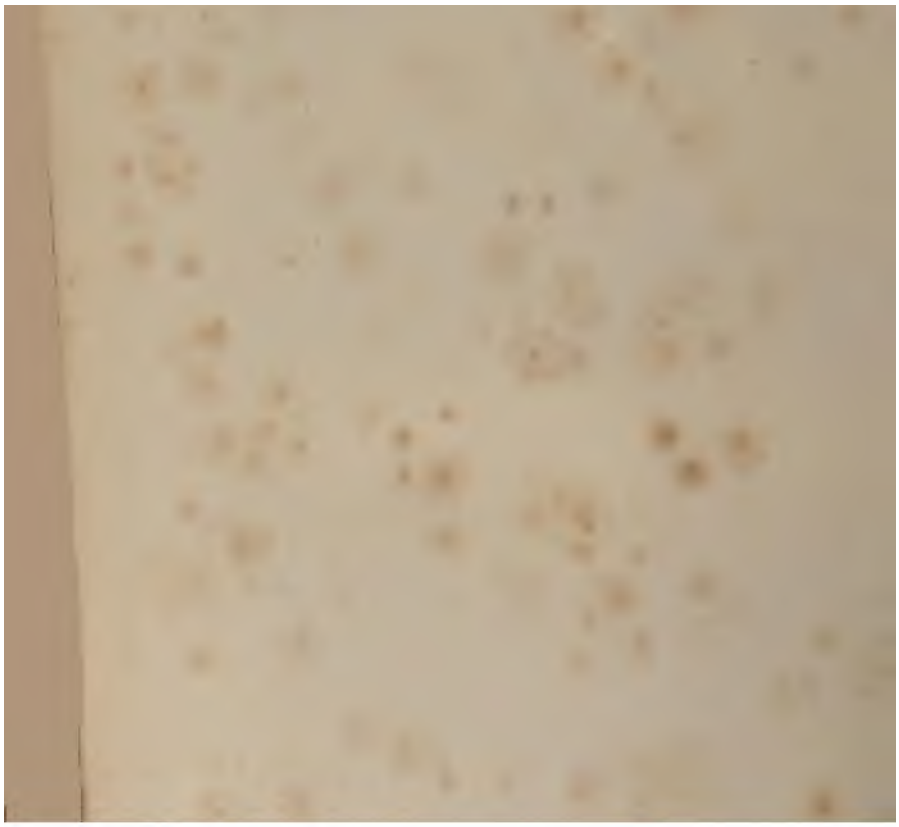
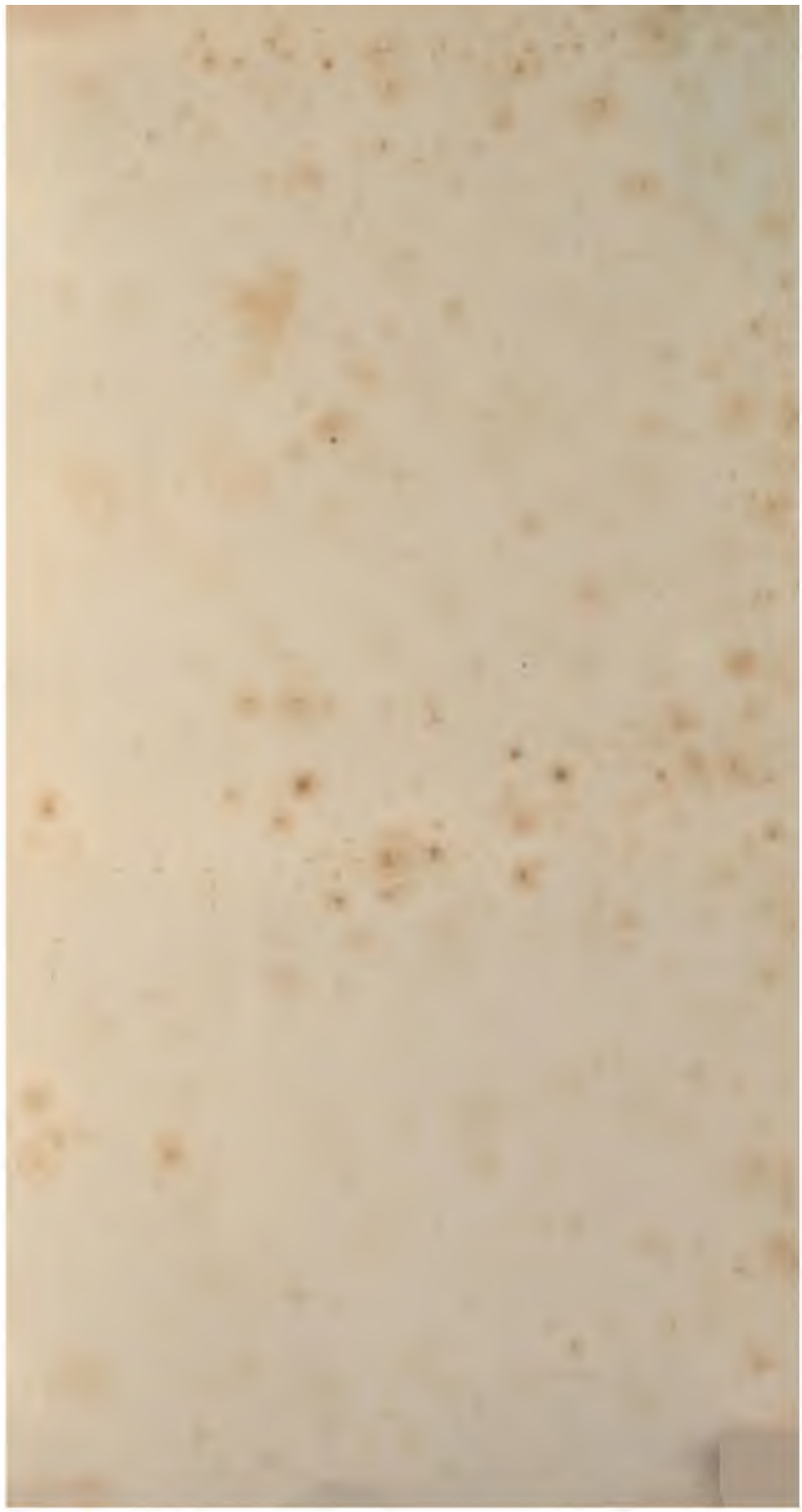
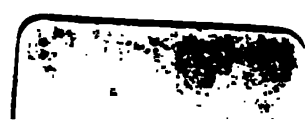
Nos des pièces		Pages
246.	Hernie crurale étranglée par le collet du sac	310
247.	Hernie crurale étranglée	311
	6e *Sous-Ordre, hernies obturatrices généralités;*	311
248.	Double hernie obturatrice	311
249.	Hernie obturatrice étranglée	312
	7e *Sous-Ordre, étranglements internes, généralités.*	312
250.	Hernie de l'intestin dans l'épaisseur des parois de la vessie	313
251.	Id. id. id.	313
252.	Etranglement interne, produit par une tumeur kystique	314
253.	Etranglement interne, produit par une bride mésentérique	315
254.	Etranglement interne, par torsion de l'intestin	315
255.	Etranglement interne, produit par une bride, circulaire détachée du collet d'un sac herniaire	315
256.	Fœtus ; oblitération de l'intestin grêle	316
257.	Gros intestin, cloison valvulaire	317
258.	Fœtus; oblitération du duodenum	318
259.	Etranglement interne, produit par un diverticulum de l'intestin grêle	319
260.	Etranglement interne	320
261.	Etranglement par une bride fibreuse	321
262.	Etranglement interne par un diverticulum	321
263.	Etranglement interne par une torsion de l'S iliaque	322
264.	Hernie inguinale, étranglement par le collet du sac	323
265.	Id. id. id.	323
266.	Id. id. id.	324
267.	Hernie de l'appendice cœcal, tumeur kystique crétacé du cordon	325
	8e *Sous-Ordre. — Sacs herniaires; généralités.*	326
268.	Sacs de hernies interstitielles	326
269.	Sac d'une hernie inguinale	326
270.	Sac d'une hernie inguinale	326
271.	Sac d'une hernie inguinale interne	327
272.	Sac de hernie inguinale	327
273.	Id. id.	327
274.	Deux petits sacs de hernie inguinale	327
275.	Sacs de hernie crurale et inguinale	328
276.	Sac de hernie inguinale externe	328
277.	Id. id.	328
278.	Id. id.	328
279.	Deux sacs d'une double hernie inguinale	329
280.	Deux sacs de hernies inguinales externes	329
281.	Sac de hernie inguinale interne	329
282.	Id. id.	329
283.	Sac de hernie inguinale externe	329
284.	Id. id.	330
285.	Id. id.	330
286.	Id. id.	330

Nos des pièces		Pages
287.*	Sac de hernie inguinale externe	330
288.	Id. id.	331
289.	Id. id.	331
290.	Id. id.	331
291.	Id. id.	331
292.	Id. id.	331
293.	Id. id.	332
294.	Id. id.	332
295.	Id. id.	332
296.	Sac de hernie inguinale congénitale	332
297.	Sac de hernie inguinale externe	332
298.	Id. id.	333
299.	Id. id.	333
300.	Id. id.	333
301.	Id. id.	333
302.	Id. id.	334
303.	Sac volumineux de hernie ombilicale	334
304.	Sac de hernie inguinale	334
305.	Id. id.	334
306.	Id. id.	334
307.	Id. id.	335
308.	Id. id.	335
309.	Id. id.	335
310.	Id. id.	335
311.	Id. id.	336
312.	Sac de hernie inguinale congénitale	336
313.	Sac de hernie inguinale interne	336
314.	Sac pyriforme du cordon testiculaire	336
315.	Sac herniaire ancien ; kystes superposés et séparés par un étranglement	337
316.	Kyste formé par le canal de Nuck	337
317.	Id. id.	337
318.	Sac de hernie crurale	337
319.	Id. id.	337
320.	Id. id.	338
321.	Id. id.	338
322.	Id. id.	338
323.	Moule en plâtre d'une hernie lombaire gauche	338
	Ordre 4. — Anus contre nature ; généralités	339
324.	Hernie crurale, anus contre nature	339
325.	Id. id.	339
326.	Anus contre nature entérotomie	340
327.	Anus contre nature opéré	341
328.	Id. id.	342
329.	Modèle en cire d'un anus contre nature	343
330.	Anus contre nature	343
331.	Id. id.	344
332.	Id. id.	345
333.	Fistules stercorales	345

Nos des pièces		Pages
	Ordre 5. — Inversions splanchniques; généralités	346
334.	Inversion de la pointe du cœur qui est à droite	346
335.	Inversion complète des organes splanchniques	346
336.	Id. id. id.	347
337.	Id. id. id.	347
338.	Id. id. id.	347
	Ordre 6. — Corps étrangers de l'intestin grêle, généralités	347
339.	Pipe avalée qui s'est arrêtée dans l'intestin	348
340.	Portion de boule de terre argileuse	348
340 *a*.	Id. id.	348
341.	Concrétion intestinale	349
342.	Id. id.	349
343.	Id. id.	349
344.	Id. id.	349
345.	Id. id.	349
346.	Id. id.	349
347.	Egagropile	350
348.	Id.	350
349.	Id.	350
350.	Id.	350
351.	Id.	350
352.	Id.	350
353.	Id.	350
354.	Id.	351
355.	Id.	351
356.	Id.	351
357.	Id.	351
358.	Id.	351
359.	Id.	351
360.	Id.	351
361.	Id.	352
362.	Id.	352
363.	Id.	352
364.	Id.	352
365.	Id.	352
366.	Id.	352
367.	Id.	352
368.	Id.	352
369.	Id.	353
370.	Id.	353
371.	Id.	353
372.	Id.	353
373.	Id.	353
374.	Id.	353
375.	Id.	353
376.	Bezoard	353
377.	Id.	354
378.	Id.	354

Nos des pièces		Pages
379.	Bezoard	354
380.	Id.	354
381.	Id.	354
382.	Id.	354
383.	Id.	354
384.	Id.	355
385.	Id.	355
386.	Id.	355
387.	Id.	355
388.	Calcul intestinal	355
389.	Id.	355
390.	Id.	355
391.	Id.	355
392.	Id.	356
393.	Id.	356
394.	Id.	356
395.	Id.	356
396.	Id.	356
397.	Id.	356
398.	Id.	356
399.	Id.	357
400.	Id.	357
401.	Id.	357
402.	Id.	357
403.	Id.	357
404.	Id.	357
405.	Id.	357
406.	Id.	357
407.	Id.	358
408.	Id.	358
409.	Id.	358
410.	Id.	358
411.	Id.	358
412.	Id.	358
413.	Id.	358
414.	Id.	358
415.	Id.	358
416.	Id.	358
	Ordre 7. — Emphysème de l'intestin grêle; généralités	359
417.	Emphysème de l'intestin grêle	359
418.	Id. id.	359
419.	Id. id.	360
	Ordre 8. — Rétrécissement de l'intestin grêle; généralités	360
420.	Rétrécissement de l'intestin grêle	360
421.	Id. id.	361
422.	Id. id.	361
423.	Id. id.	361
424.	Id. id.	362
425.	Oblitération de l'intestin par un calcul biliaire	362

Nos des pièces		Pages
	Ordre 9. — Inflammations de l'intestin grêle; généralités .	363
426.	Portion d'intestin grêle; plaques gaufrées	363
427.	Modèle, procédé Thibert, plaques gaufrées.	363
428.	Modèle, procédé Thibert, plaques de Peyer en voie de guérison	363
429.	Intestin, ulcération des plaques de Peyer	363
430.	Id. id.	364
431.	Lésions simultanées de la tuberculose et de la dothienenterie	364
432.	Ulcération des plaques de Peyer	365
433.	Id. id.	365
434.	Id. id.	365
435.	Ulcération de l'intestin, suite de fièvre typhoïde.	366
436.	Id. id. id.	366
437.	Id. id. id.	366
438.	Id. id. id.	366
439.	Id. id. id.	367
440.	Id. id. id.	367
441.	Id. id. id.	367
442.	Id. id. id.	367
443.	Portion d'intestin grêle; ulcération dans le choléra.	367
444.	Id. id. id.	368
445.	Lipome volumineux de l'intestin grêle	368

FIN DU QUATRIÈME VOLUME

Paris. - Imp. PAUL DUPONT, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau.— 114.79